



AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 2 NORD
Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

Deliberazione N. 179 del 27/01/2025

PROPONENTE: DIREZIONE AMMINISTRATIVA

OGGETTO: Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024/2026 – Aggiornamento P.I.A.O. 2025

In pubblicazione dal 27/01/2025 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

Atto immediatamente esecutivo

Publicato da U.O.C. AFFARI GENERALI

Elenco firmatari

Anna Spizuoco - U.O.C. AFFARI GENERALI

Carmela Cardella - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Monica Vanni - DIREZIONE SANITARIA

Mario Iervolino - DIREZIONE GENERALE

Redatto da

Carmela Cardella

IL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n.105 del 04/08/2022, in esecuzione della DGRC n. 320 del 21/06/2022

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Premesso che

- il D.L. n. 80/2021 disciplina all'art. 6 il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (di seguito P.I.A.O.);
- ai sensi del comma 1 art. 6 del suindicato D.L. , il P.I.A.O. intende *“assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso” e pertanto “le pubbliche amministrazioni [...] con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione[...] nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190”;*
- ai sensi dell'art. 6. co. 4, del D.L. 80/2021, le PP. AA. di cui al comma 1 pubblicano il Piano integrato di attività e organizzazione entro il 31 gennaio di ogni anno;
- ai sensi dell'art. 6, co. 2 e 3, del prefato Decreto, il P.I.A.O. ha durata triennale, con aggiornamenti annuali e definisce:
 - o gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
 - o la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
 - o gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
 - o gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
 - o l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
 - o le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
 - o le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere;
 - o le modalità di monitoraggio degli esiti;
- il DPR n. 81/2022, emanato in ottemperanza al comma 5 art. 6 del succitato D.L., ha sancito la soppressione dei seguenti piani:
 - o Piano dei fabbisogni;
 - o Piano delle azioni concrete;
 - o Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio;
 - o Piano della performance;
 - o Piano di prevenzione della corruzione;
 - o Piano organizzativo del lavoro agile;
 - o Piano di azioni positive;
- i prefati piani sono stati assorbiti dal P.I.A.O.;
- in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 6, co. 6, del D.L. n. 80/2021, il 24 giugno 2022 è stato adottato il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione con il quale sono stati definiti struttura e contenuti del P.I.A.O. mediante la stesura di un Piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni, come di seguito articolato:

- o Sezione 1. Scheda anagrafica dell'amministrazione
- o Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione
- o 2.1 Valore pubblico
- o 2.2 Performance
- o 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza
- o Sezione 3. Organizzazione e capitale umano
- o 3.1 Struttura organizzativa
- o 3.2 Organizzazione del lavoro agile
- o 3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale
- o Sezione 4. Monitoraggio
- con delibera n. 186 del 31.01.2024 l'ASL Napoli 2 Nord ha adottato il PIAO 2024 – 2026- Aggiornamento P.I.A.O. 2023/2025, su proposta del Direttore Amministrativo dell'ASL Napoli 2 nord, supportato dal RPCT;

Ravvisata

- la necessità di procedere all'adozione del P.I.A.O. 2024-2026, aggiornamento del P.I.A.O. anno 2025, adottato con Delibera n. 186 del 31.01.2024;

Visti:

Il D. Lgs. n.502/92 e ss. mm .ii;

La L.R. n.16/08;

la L. n.150/2009;

la L. n. 190/2012;

il D.L. n. 80/2021, convertito con modificazioni in L. n. 113/2021;

il D.L. n.228/2021;

il D.L. n. 36/2022;

il DPR n. 81/2022;

il D. M. per la P.A. del 24 giugno 2022;

per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati, e attestato che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta dal RPCT e dal suo gruppo di supporto e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, ai e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche

PROPONE

Al Direttore Generale

1. di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) dell'ASL Napoli 2 nord 2024 – 2026 – , allegato al presente atto, in uno con la documentazione annessa, che costituisce aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025, adottato con Delibera n. 186 del 31.01.2024, sintesi della collaborazione tra il RPCT (redattore del Piano Anticorruzione e Trasparenza), la UOC GRU (redattore del Piano Triennale del Fabbisogno del personale), la UOC Sistemi Informatici e Transizione al Digitale (redattore del Piano Fabbisogno Aziendale Apparecchiature Elettromedicali), la UOC Formazione (redattore del Piano Formativo), la UOC Relazioni Sindacali e Performance (redattore del Piano delle Performance);

**Il Direttore
Amministrativo**

***Dott.ssa Carmela
Cardella***

IL DIRETTORE GENERALE

Alla stregua dell'istruttoria attivata dal Direttore Amministrativo e compiuta dal RPCT nonché delle risultanze degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché di espressa dichiarazione, mediante la sottoscrizione dello stesso da parte del dirigente proponente, della regolarità e legittimità del presente atto nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utilità per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94, e successive modifiche.

Deliberazione del Direttore Generale



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

Sentito il parere favorevole del Direttore Sanitario,

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa, che qui s'intendono integralmente riportati e trascritti:

- 1 di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) dell'ASL Napoli 2 nord 2024- 2026 – , allegato al presente atto, in uno con la documentazione annessa, che costituisce aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025, adottato con Delibera n. 186 del 31.01.2024, sintesi della collaborazione tra il RPCT (redattore del Piano Anticorruzione e Trasparenza), la UOC GRU (redattore del Piano Triennale del Fabbisogno del personale), la UOC Sistemi Informatici e Transizione al Digitale (redattore del Piano Fabbisogno Aziendale Apparecchiature Elettromedicali), la UOC Formazione (redattore del Piano Formativo), la UOC Relazioni Sindacali e Performance (redattore del Piano delle Performance);
2. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo;
3. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri per l'Azienda;
4. di dare mandato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di trasmettere il presente provvedimento al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul portale PIAO;
5. di disporre la pubblicazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASL Napoli 2 nord 2024-2026, aggiornamento anno 2025 sul sito istituzionale dell'ente;
6. di inviare il presente provvedimento a:
 - Organismo Indipendente di Valutazione
 - Collegio Sindacale
 - tutti i dipendenti.

**IL
DIRETTORE
SANITARIO**

*Dott.ssa
Monica Vanni*

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Iervolino

Deliberazione del Direttore Generale



PIAO

PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024-2026

Aggiornamento 2025




IL NUOVO PORTALE WEB
www.aslnapoli2nord.it


**LA TUA
CARTELLA CLINICA
A PORTATA DI CLICK**
VAI SUL SITO
www.aslnapoli2nord.it
accedi con SPID, CNS o CIE

Indice

Sommario

PREMESSA.....	pag.6
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	pag.9
GENERALITÀ DEL TERRITORIO E DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA.....	pag.9
PROFILO DEMOGRAFICO.....	pag.10
ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA.....	pag.11
ASSISTENZA TERRITORIALE.....	pag.12
ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	pag.13
LA MISSIONE AZIENDALE.....	pag.13
LA VISIONE STRATEGICA AZIENDALE.....	pag.14
OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE AL DIRETTORE GENERALE.....	pag.15
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	pag.16
VALORE PUBBLICO.....	pag. 16
ACCESSIBILITA' FISICA.....	pag.20
ACCESSIBILITA' E TRANSIZIONE AL DIGITALE.....	pag.24
PIANO FABBISOGNO AZIENDALE APPARECCHIATURE ELETTRONICHI.....	pag.27
LA PERFORMANCE 2025.....	pag.32
IL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE.....	pag.33
IL CICLO DI PROGRAMMAZIONE DELLE PERFORMANCE.....	pag.33
OBIETTIVI STRATEGICI.....	pag.35
OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE AL DIRETTORE GENERALE.....	pag.35
INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE.....	pag.36
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR).....	pag.38
OBIETTIVI DI PRODUZIONE ATTIVITA' DI DEGENZA.....	pag.39
ATTIVITA' AREA EMERGENZA-URGENZA.....	pag.40
RETE OFFERTA TERRITORIALE.....	pag.41
RISULTATI OBIETTIVI NSG ATTIVITA' PREVENZIONE.....	pag.42

OBIETTIVI ATTIVITA'PREVENZIONE.....	pag.44
AREA SALUTE MENTALE.....	pag.44
AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	pag.45
PREVENZIONE.....	pag.45
PERSONALE DIPENDENTE: ANALISI COSTI E PROGRAMMAZIONE.....	pag.46
AREA ASSISTENZA PRIVATA ACCREDITATA/CONVENZIONATA.....	pag.47
PIANO INVESTIMENTI.....	pag.49
RISCHI CORRUTTIVI.....	pag.55
I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO.....	pag.63
ANALISI DELLE CONDIZIONI DEL RISCHIO.....	pag.70
LA PREVENZIONE DEL RISCHIO.....	pag.80
PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA.....	pag.102
LINEE GUIDA PER IL PIANO DELLA FORMAZIONE.....	pag.102
MAPPATURA DEL RISCHIO CORRUTTIVO SPECIFICO.....	pag. 105
TABELLA OBBLIGHI TRASPARENZA.....	pag.118
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	pag. 161
STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	pag.161
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE (POLA).....	pag.163
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	pag.171
INQUADRAMENTO NORMATIVO PERSONALE.....	pag.171
CONSISTENZA DEL PERSONALE.....	pag.173
PROCEDURE SELETTIVE ANNO 2024	pag.175
BILANCIO DI GENERE (PIANI DI AZIONI POSITIVE -ART. 48, COMMA 1, DEL D.LGS. 198/2006).....	pag.178
ATTIVITÀ DI STUDIO, MONITORAGGIO E ANALISI CONNESSE ALLA PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ.....	pag.180
AMBITI DI INTERVENTO DI DURATA TRIENNALE.....	pag.180
AGGIORNAMENTO, MONITORAGGIO E VERIFICA DEL PIANO.....	pag.189
FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	pag.189
PIANO AZIENDALE FORMAZIONE 2025.....	pag.190

**SEZIONE 4: MONITORAGGIO, DOVE VENGONO INDICATI GLI STRUMENTI E LE MODALITÀ DI
MONITORAGGIO, INSIEME ALLE RILEVAZIONI DI SODDISFAZIONI DEGLI UTENTI E DEI
RESPONSABILI..... pag.207**

MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE..... pag.207

MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI.....pag.207

MONITORAGGIO DELLA CUSTOMER SATISFACTION.....pag.207

MONITORAGGIO DELLE AZIONI POSITIVE..... pag.208

CONCLUSIONI.....pag.208

Premessa

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. È stato introdotto dall'articolo 6 del decreto-legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

In base a quanto disposto dai commi 5 e 6 dell'art. 6 del citato D.L. n. 80/2021, sono stati emanati il D.P.R. del 24 giugno 2022 n. 81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e il DM del 30 giugno 2022 n. 132, "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" che hanno definito la disciplina del PIAO.

Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, il Piano della performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile, Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza e il Piano triennale del fabbisogno del personale.

L'art. 1, del citato D.P.R. "Individuazione di adempimenti assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" dispone per le amministrazioni, tenute alla redazione del PIAO, la soppressione dei seguenti adempimenti assorbiti nel PIAO:

- Piano dei fabbisogni (ex art. 6, commi 1, 4, 6 del D.lgs. 165/2001);
- Piano delle azioni concrete (ex artt. 60-bis e 60-ter del D.lgs. 165/2001);
- Piano della performance (ex art. 10, commi 1 e 1-ter, del D.lgs. 150/2009; D.lgs. 25 maggio 2017, n. 74; Linee guida n. 1 e n. 2 del Dipartimento della Funzione pubblica);
- Piano di prevenzione della corruzione (ex art. 1, commi 5 e 60 della L. 190/2012; Delibera ANAC n.1064/2019);
- Piano organizzativo del lavoro agile (ex art. 14, c. 1, della L. 124/2015; Legge 22 maggio 2017, n. 81; Legge n. 77 del 17 luglio 2020);
- Piani di azioni positive (ex art. 48, c. 1, del D.lgs. 198/2006);
- Piano delle dotazioni strumentali (ex art. 2, c. 594 della L. 244/2007).

Il principio che guida la definizione del PIAO è ispirato alla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa. Il PIAO rappresenta pertanto una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione e visione integrata rispetto alle strategie da adottare. Il documento è finalizzato a promuovere la qualità e la trasparenza da parte dell'Azienda, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e attivare una progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012.

In particolare il Piano si pone un duplice obiettivo:

1. integrare gli atti di programmazione in una prospettiva strategica unitaria;
2. orientare i sistemi di programmazione (e rendicontazione) anche verso la misurazione degli outcome e del valore pubblico generato.

Con Deliberazione n. 1065 del 20.06.2023 l'ASL Napoli 2 Nord ha adottato il PIAO 2023 – 2025, su proposta del Direttore Amministrativo dell'ASL Napoli 2 nord, supportato dal RPCT e dal suo gruppo di supporto.

Con Deliberazione n. 186 del 13.01.2024 ha adottato l'aggiornamento del PIAO anno 2024.

Il presente documento, redatto secondo le Linee guida fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica che costituiscono indirizzo e indicazione, costituisce un modello che consente di avere una visione organica e coerente di tutti gli elementi della programmazione con una rappresentazione delle influenze che ciascuno di essi può esercitare sul contenuto degli altri.

Il Piano mira ad assolvere a una funzione di strumento razionale di pianificazione, non connotandosi come mero adempimento formale e permettendo di raggiungere gli obiettivi auspicati dal legislatore in termini di utile supporto ai processi decisionali, in grado di migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione e di aumentare il grado di accountability verso l'esterno.

Il Piano, redatto di concerto con gli altri atti di programmazione economico- finanziaria, è un documento di pianificazione triennale, con un aggiornamento e programmazione annuale; nel caso specifico delle attività per l'anno 2025.

Esso raccoglie, come detto in precedenza, i contenuti di una serie di documenti di programmazione fino ad oggi prodotti, dei quali, secondo l'auspicio del legislatore, non deve rappresentare una loro mera sommatoria.

In particolare, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 6 del DL n. 80 del 9/06/2021, il PIAO descrive:

- gli obiettivi strategici e operativi della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante ricorso al lavoro agile;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Il PIAO può rappresentare, quindi, un'opportunità di miglioramento e di semplificazione delle decisioni programmatiche per le amministrazioni pubbliche. La prospettiva è quella di adottare una logica di pianificazione integrata e organica, che permette di offrire una visione complessiva di tutti gli elementi che costituiscono l'impianto programmatico dell'Azienda, assicurandone la sinergia, l'allineamento e la coerenza reciproca.

La logica di pianificazione integrata prevede sostanzialmente che il nucleo informativo iniziale sia costruito a partire dal livello strategico, nel quale viene illustrato il "valore pubblico" che l'ente intende creare: le linee pluriennali definite dalla Direzione Strategica, sono tradotte in obiettivi strategici triennali, in coerenza coi quali sono quindi individuati gli obiettivi operativi annuali; in questo corpus, occorre prevedere e inserire le dimensioni del contrasto alla corruzione, della trasparenza e delle pari opportunità.

Il PIAO è organizzato nelle seguenti sezioni:

- Scheda anagrafica dell'amministrazione, compilata con tutti i dati identificativi dell'amministrazione;
- Valore pubblico dove sono definiti:
 - ✓ I risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici;
 - ✓ Le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
 - ✓ L'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare;
 - ✓ Gli obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come incremento del benessere economico, sociale, assistenziale ed ambientale a favore del cittadino.
- Performance:
 - ✓ Obiettivi di Performance aziendali;
 - ✓ Obiettivi di semplificazione;
 - ✓ Obiettivi di digitalizzazione;
 - ✓ Obiettivi per realizzare la piena accessibilità;
 - ✓ Obiettivi per favorire la pari opportunità e l'equilibrio di genere.
- Rischi corruttivi e trasparenza elaborata dal RPCT:
 - ✓ La valutazione dell'impatto del contesto esterno;
 - ✓ La valutazione di impatto del contesto interno;
 - ✓ La mappatura dei processi, per individuare le criticità;
 - ✓ L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi;
 - ✓ La progettazione delle misure organizzative per il trattamento del rischio;
 - ✓ Il monitoraggio sull'attuazione delle misure;
 - ✓ La programmazione dell'attuazione della trasparenza e l'accesso civico.
- Sezione Organizzazione e Capitale Umano:
 - ✓ Struttura organizzativa, in cui vengono presentati l'organigramma aziendale e i livelli di responsabilità organizzativa;
 - ✓ Organizzazione del Lavoro Agile;
 - ✓ Piano triennale dei fabbisogni di personale;
 - ✓ Bilancio di Genere (Piani di azioni positive -art. 48, comma 1, del d.lgs. 198/2006);
 - ✓ Formazione del personale.
- Monitoraggio, dove vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

Il PIAO è stato redatto dal direttore amministrativo con la collaborazione del nuovo RPCT, dott.sa Giuseppa Caccavale (nominata con deliberazione n. 885 del 30.04.2024), e il suo nuovo gruppo di supporto (nominato con deliberazione n.999 del 14.05.2024), dott.i Federica Scala, Anna Spizuoco, Martina Tecame, Francesco Costanzo, Antonio Boemio, nonché, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, con le UU.OO.CC. Gestione Risorse Umane, Performance, Formazione, Sistemi Informativi e Transizione Digitale

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord è stata costituita con D.G.R.C n. 504 e 505 del 20 marzo 2009 (nasce dalla fusione della ex ASL Napoli 2 e della ex ASL Napoli 3, insieme ai Comuni di Acerra e Casalnuovo della ex ASL Napoli 4), ed ha l'obiettivo di organizzare ed erogare i livelli essenziali di assistenza 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.

Denominazione: Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 nord

Sede Legale: via Michelangelo Lupoli n. 27- Frattamaggiore

(NA) 80027.Partita IVA: 06321661214

Codice Fiscale: 96024110635

Il sito istituzionale dell'Azienda è www.aslnapoli2nord.it

L'Azienda è presente anche sulle principali piattaforme social Facebook e Instagram rispettivamente agli indirizzi:

- www.facebook.com/aslnapoli2nord

- www.instagram.com/aslnapoli2nord/

La casella di Posta Elettronica Certificata cui inviare richieste ufficiali è:

protocollo@pec.aslnapoli2nord.it

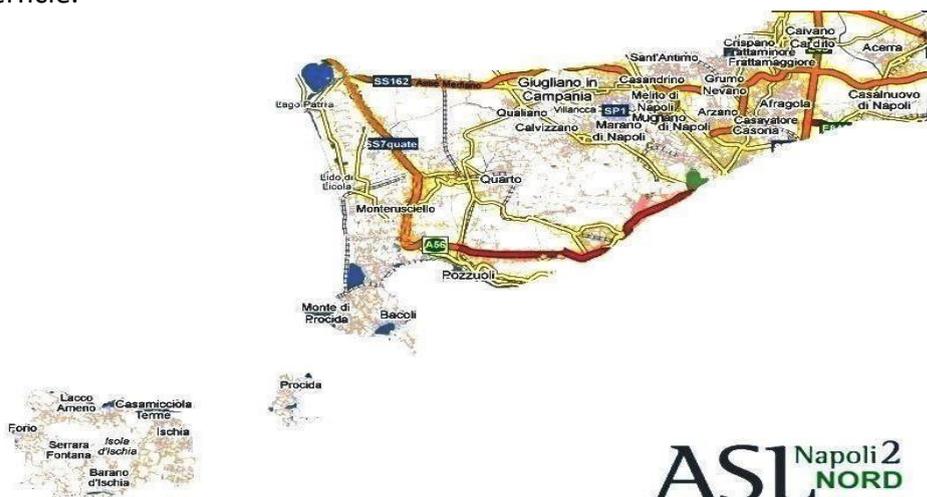
Direttore Generale: Dott. Mario Iervolino

Direttore Amministrativo: Dott.ssa Carmela Cardella

Direttore Sanitario: Dott.ssa Monica Vanni

GENERALITÀ DEL TERRITORIO E DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA

L'ambito territoriale dell'A.S.L. NA2 Nord è costituito dalla zona continentale nord e nord-ovest della provincia di Napoli, confinante con la provincia di Caserta, e dall'area insulare di Procida ed Ischia. Il territorio completamente conurbato è suddiviso in 32 comuni (di cui 7 sulle isole di Ischia e Procida) con una popolazione residente al 01.01.2023 di 1.052.107 abitanti (dai Atto Aziendale), distribuiti in 411,43 Km² di superficie.





PRESIDI OSPEDALIERI (5)

Santa Maria delle Grazie - Pozzuoli
San Giuliano - Giugliano
San Giovanni di Dio – Frattamaggiore
Anna Rizzoli - Lacco Ameno-Isola
d'Ischia Gaetanina Scotto - Procida



DISTRETTI SANITARI (13)

n. 35 - Pozzuoli
n. 36 - Ischia
n. 37 - Giugliano
n. 38 - Marano
n. 39 - Villaricca
n. 40 - Mugnano
n. 41 - Frattamaggiore
n. 42 – Arzano
n. 43 - Casoria
n. 44 - Afragola
n. 45 - Caivano
n. 46 - Acerra
n. 47 - Casalnuovo

PROFILO DEMOGRAFICO

L'analisi demografica dell'ASL Napoli 2 Nord evidenzia la presenza di centri abitati di grandi dimensioni caratterizzati da una popolazione giovane e con tassi di natalità più alti di quelli della media nazionale. A fronte di un sia pur modesto saldo naturale positivo, si registra un notevole decremento del saldo migratorio.

L'area continentale in cui si sviluppa il territorio dell'A.S.L. NA2 Nord ha subito, nell'ultimo cinquantennio, un tumultuoso processo di urbanizzazione, quasi sempre disgiunto da un adeguato ed armonico sviluppo di servizi ed infrastrutture. Di converso, il processo di industrializzazione ha visto registrare nell'ultimo ventennio un graduale degradamento con una forte diminuzione dei livelli occupazionali.

Il contesto territoriale insulare, che presenta consistenti nuclei residenziali stanziali in tutte le stagioni dell'anno, ma con vocazione prettamente turistica e marinara, vede la domanda di assistenza, nel semestre maggio-ottobre, quadruplicata per l'enorme afflusso di visitatori e turisti, mettendo a dura prova le strutture socio-sanitarie isolane.

La densità media di popolazione è di 2440 ab/Kmq, con valori più che triplicati nelle aree distrettuali di

Arzano/Casavatore e di Melito/Mugnano, più che raddoppiati nei Distretti Sanitari di Casoria e di Casalnuovo oltre che nell'area distrettuale di Casandrino/Grumo Nevano/ Sant'Antimo/ Frattamaggiore/Frattaminore. Di poco superiore alla media la densità dei distretti sanitari di Afragola, di Marano/Quarto e di Calvizzano/Qualiano/Villaricca. Di poco inferiore alla media quella riferita alle aree distrettuali di Pozzuoli/Bacoli/Monte di Procida e di Caivano/Cardito/Crispano. La minore densità si registra, invece, nell'area distrettuale isolana ed in assoluto nei Distretti Sanitari di Acerra e di Giugliano, pur essendo quest'ultimo il primo comune per popolazione residente.

ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

L'organizzazione aziendale è stata ridisegnata con il nuovo Atto Aziendale ASL Napoli 2 nord, adottato con la deliberazione n. 2131 del 21.11.2023.

Ai sensi dell'articolo 3 del D, Lgs. n. 502/1992 come modificato dal D. Lgs n.158/2012 convertito con legge n.189 del 08/11/2012, sono organi dell'azienda:

- A. il Direttore Generale
- B. il Collegio Sindacale;
- C. il Collegio di Direzione

Lo svolgimento delle funzioni direzionali è supportato da:

- Strutture di Staff
- OIV
- Organismi previsti (Conferenza dei Sindaci, Consiglio dei Sanitari, Comitato Etico, Collegio Tecnico, ecc.)

La funzione di prevenzione è presidiata dal Dipartimento di Prevenzione e si articola in:

- Prevenzione Collettiva della Salute Umana
- Prevenzione della Sanità e benessere animale

La funzione territoriale è svolta attraverso il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, altri Dipartimenti funzionali, i Distretti Sanitari di Base, e si articola nelle seguenti attività assistenziali:

- Assistenza Primaria
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza Protesica e Riabilitativa
- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Sociosanitaria
- Assistenza alle Dipendenze Patologiche
- Hospice e RSA anziani
- Emergenza-urgenza

La funzione ospedaliera si articola nei Presidi Ospedalieri per acuti a gestione diretta e nelle strutture sanitarie accreditate.

ASSISTENZA TERRITORIALE

La rete dei Distretti dell'ASL Napoli 2 Nord

Distretto	Comuni afferenti	Sede
35	Pozzuoli, Bacoli, Monte di Procida	C.so Nicola Terracciano, 21 80078- Pozzuoli
36	Ischia, Barano d'Ischia, Forio, Lacco Ameno, Casamicciola, Serrara Fontana, Procida	Via Alfredo De Luca, 20 80077 - Ischia
37	Giugliano	C.so Campano, 316 80014 – Giugliano in Campania
38	Marano, Quarto	Via Mario Musella 80016 – Marano di Napoli
39	Villaricca, Qualiano, Calvizzano	Corso Italia 80010 - Villaricca
40	Mugnano, Melito	Via Aldo Moro, 8 80018 - Mugnano di Napoli
41	Frattamaggiore, Frattaminore, Casandrino, Grumo Nevano, Sant'Antimo	Via Padre Mario Vergara 228 80027 – Frattamaggiore
42	Arzano, Casavatore	Via Antonio Cardarelli, 1 80022 – Arzano
43	Casoria	Via Alcide De Gasperi 43 80026
44	Afragola	Via Alcide De Gasperi n. 1 80026 - Afragola
45	Caivano, Cardito, Crispano	Via Santa Chiara 80023 - Caivano
46	Acerra	Via Flavio Gioia, 2 80011 - Acerra
47	Casalnuovo	Via Ravello, 47 Parco Meteora 80013

Il Distretto Sanitario assicura l'assistenza primaria nella rete dei servizi territoriali offrendo una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione. Il Distretto si pone come organizzazione che realizza un elevato livello di integrazione tra le diverse strutture che erogano le prestazioni sanitarie e tra queste e i servizi socio-assistenziali e, oltre ad assicurare l'erogazione dei servizi attraverso interventi diretti di produzione o indiretti, tramite l'esternalizzazione di alcuni servizi, svolge il ruolo di regolatore della domanda di salute sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione e della definizione degli obiettivi.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Azienda attraverso l'assistenza ospedaliera garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

Le principali attività che costituiscono il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono identificate nelle seguenti: pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA

L'azienda svolge la propria attività per acuti attraverso cinque presidi a gestione diretta:

- Presidio Ospedaliero di Pozzuoli
- Presidio Ospedaliero di Giugliano
- Presidio Ospedaliero di Frattamaggiore
- Presidio Ospedaliero di Ischia
- Presidio Ospedaliero di Procida

Il totale dei posti letto per acuti attivi per i 5 presidi a gestione diretta è pari a 567 p.l. per i ricoveri ordinari e 94 p.l. per i ricoveri a ciclo diurno, ripartiti per le singole discipline.

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E OSPEDALE CLASSIFICATO

Il Decreto 33/2016 prevede che alcune strutture, sussistendone le condizioni, sono individuate come nodi essenziali nella rete di emergenza urgenza e inserite in alcuni casi anche nelle reti tempo dipendenti.

Il Piano Ospedaliero Regionale di cui al DCA 103 del 28/12/2018 conferma quanto già previsto nel predetto Decreto, prevedendo le seguenti integrazioni private accreditate nella rete dell'emergenza: Pronto Soccorso, HUB I nella rete IMA, Posti letto di neonatologia (n° 6), tutte c/o la Casa di Cura Villa dei Fiori di Acerra. Nella ASL Napoli 2 Nord la programmazione dei posti letto, come risulta dal DCA 103 del 28/12/2018, risulta essere di n. 409 pl per le Case di Cura Accreditate e n. 115 pl per l'Ospedale Religioso Classificato.

LA MISSIONE AZIENDALE

L'Azienda assume come propria Mission:

“Progettare e realizzare nell'ambito delle proprie competenze istituzionali quanto necessario a soddisfare il bisogno di salute e di benessere fisico e mentale della propria popolazione ed a garantire i parametri di salubrità di ambienti e produzioni”.

L'Azienda individua il riferimento costante della propria azione nella persona, unica e irripetibile, al fine di fornire servizi e 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;

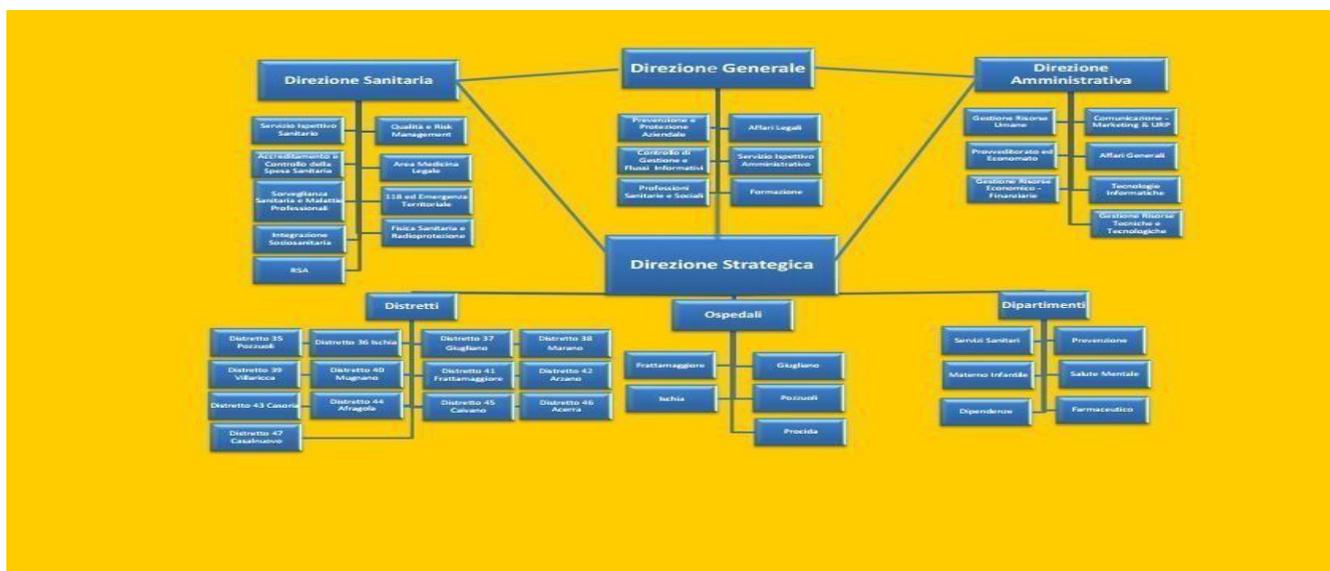
- Sussidiarietà: partecipazione e tutela della libertà di scelta rispetto alle diverse forme di erogazione dei servizi al cittadino;
- Qualità: garanzia di affidabilità, appropriatezza e rispetto dell'individualità per ciascun cittadino;
- Etica: rispetto dei principi di eguaglianza, imparzialità, trasparenza, 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 sinergico e di integrazione.

LA VISIONE STRATEGICA AZIENDALE

Per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'ASL Napoli 2 Nord si avvale delle proprie risorse gestite direttamente nel rispetto della programmazione pluriennale dell'approvato fabbisogno del personale, giusto riferimento all'ultima DGRC 291/2022. L'Azienda riconosce la necessità di perseguire obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari. Nell'assolvere alle finalità istituzionali proprie, la ASL Napoli 2 Nord opera nel rispetto della visione incentrata sui 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;
- qualificare l'accesso a tutti i servizi offerti sul territorio, ponendo particolare attenzione alla fruibilità ed all'accessibilità mediante forme coerenti con la complessità dei servizi e delle prestazioni offerte;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, in modo da garantire un impiego ottimale delle risorse disponibili;
- 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 la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e della collettività, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero, perseguendo una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione ed un idoneo trasferimento di tutto il set di prestazioni erogabili;
- implementare le attività culturali e formative, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito sia territoriale che ospedaliero, utilizzando la formazione come elemento strategico;
- perseguire l'obiettivo della valorizzazione di tutte le professionalità esistenti secondo un'ottica meritocratica e partecipativa.



OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE AL DIRETTORE GENERALE

In aderenza alle sopraesposte direttrici, gli obiettivi per l'anno 2025, riconducibili agli atti di riferimento nazionale, regionale o interno, sono stati assegnati al Direttore Generale con D.G.R.C. n. 320 del 21/06/2022, trasferiti alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa, e da queste trasmessi a cascata alle articolazioni aziendali coinvolte: Dipartimenti, Distretti, Presidi Ospedalieri, Servizi e Servizi Centrali.

Obiettivi di carattere generale

- raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;
- il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza;
- il rispetto dei tempi di pagamento;

Obiettivi specifici

- garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza monitorati attraverso 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;
- rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi che devono essere costantemente aggiornati;
- obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla D.G.R.C. n. 210 del 4 maggio 2022.

Obiettivi tematici

- attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;

- erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- attuazione delle azioni previste dal Piano della Prevenzione 2020-2025, di cui alla D.G.R.C. n.600/2021;
- puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento.

Per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'ASL NA2 Nord si avvale delle proprie risorse gestite direttamente, nonché di soggetti esterni accreditati con il SSR nel rispetto della programmazione pluriennale. L'Azienda riconosce la necessità di perseguire obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari.

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

Le politiche di un'Azienda Sanitaria finalizzate alla creazione di valore pubblico in termini di impatto sul benessere sanitario, sociale, economico ed ambientale della popolazione di riferimento sono connaturate nella mission aziendale, secondo le azioni declinate nell'Atto Aziendale. Nell'atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale "Napoli 2 nord" sono ribaditi gli impegni a garanzia della funzione pubblica di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di promozione e prevenzione e cura degli stati di malattia e di recupero della salute, al fine di mantenere il più alto livello di qualità della vita dei cittadini.

L'Azienda si impegna ad operare con il massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantisce l'accessibilità ai servizi per i cittadini, la qualità delle prestazioni e la loro appropriatezza.

L'Azienda persegue prioritariamente i seguenti obiettivi:

- omogeneizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale incentrato su sviluppo di politiche di prevenzione e promozione della salute, con presa in carico di pazienti cronici;
- creazione di forti sinergie e potenziamento della funzione ospedaliera a gestione diretta;
- attivazione di una funzione qualificata di committenza rispetto a erogatori privati accreditati e pubblici;
- sviluppo dell'accessibilità ai servizi, rispetto della specificità dei contesti;
- potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria;
- deospedalizzazione e sviluppo della continuità assistenziale ospedale territorio.

Per Valore Pubblico di un'azienda sanitaria si intende l'esito della sua azione sul livello di salute della popolazione presa in carico, ossia il contributo assicurato dall'azienda al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento. La Mission dell'ASL Napoli 2 nord comprende la "risposta al bisogno di salute", interpretata come l'erogazione di un pacchetto di servizi integrati, attraverso il quale istituzionalmente avviene la presa in carico del paziente, che include il suo accompagnamento lungo il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, il monitoraggio post-acuzie e post-riabilitazione, fino al suo concreto e proficuo reinserimento nel proprio contesto sociale di vita e di lavoro, ovvero l'attivazione di percorsi paralleli per la presa in carico degli stati di cronicità in base ai diversi livelli di autonomia riconosciuti.

Una Pubblica Amministrazione è in grado di generare Valore Pubblico, quindi, nel momento in cui il livello di benessere dei suoi utenti e il livello di salute del proprio contesto, interno ed esterno, grazie al miglioramento delle proprie performances, diventano superiori rispetto alle condizioni di partenza, delle politiche pubbliche e dei progetti di miglioramento dello stesso.

In tempi di costante contrazione di risorse e di esigenze sociali crescenti, viene creato Valore Pubblico quando si riesce a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholders in generale). Le esperienze degli ultimi anni danno evidenza al fatto che per generare Valore Pubblico serve un mix equilibrato di economicità e socialità, in cui porre una forte attenzione al fattore ambientale e alle modalità con cui gestire, da parte della Pubblica Amministrazione, le proprie risorse (vedi figura).



L'Azienda sanitaria locale persegue, altresì e contestualmente, la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi e di attività compresi normativamente nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) comprendono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, attraverso la Prevenzione collettiva e la Sanità pubblica, l'Assistenza distrettuale e l'Assistenza ospedaliera, e per l'erogazione efficiente dei quali è assicurata la copertura finanziaria annuale.

L'erogazione dei servizi e delle prestazioni agli utenti viene assicurata nel rispetto dei fondamentali principi e valori di:

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale;
- porre il cittadino utente, con i suoi bisogni e con la sua esperienza, all'interno dei processi di progettazione e programmazione, orientando tutti gli operatori al servizio dell'utente al quale deve essere garantita la continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;
- raccordare le iniziative e le attività sociosanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli Enti Locali e i loro organismi di rappresentanza.

Tali obiettivi si concretizzano con azioni finalizzate a garantire:

- La centralità del cittadino/paziente

Prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione

alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti-pazienti, con nuovi modelli organizzativi in grado di trasferire la propria azione dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato;

- Equità

Intesa come pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni e ai servizi su tutto il territorio, a parità di bisogno di salute. Il contrasto alle disuguaglianze di salute emergono, infatti, sempre più come elementi imprescindibili di un servizio sanitario di respiro universalistico, che abbia in sé le caratteristiche di efficacia, efficienza ed equità.

- Legalità

Assicurare che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti. Vigilerà sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi.

- Trasparenza

Garantire ai portatori di interesse relazioni trasparenti volte al raffronto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato esponenziali di interessi diffusi; la trasparenza è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività svolta dall'ASL, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sull'utilizzo delle risorse pubbliche e sul perseguimento dei fini istituzionali.

Il presente P.I.A.O. è strettamente connesso anche al disegno organizzativo delineato dall'Atto Aziendale dell'A.S.L. Napoli 2 nord, da cui derivano gli obiettivi e le linee di sviluppo da perseguire.

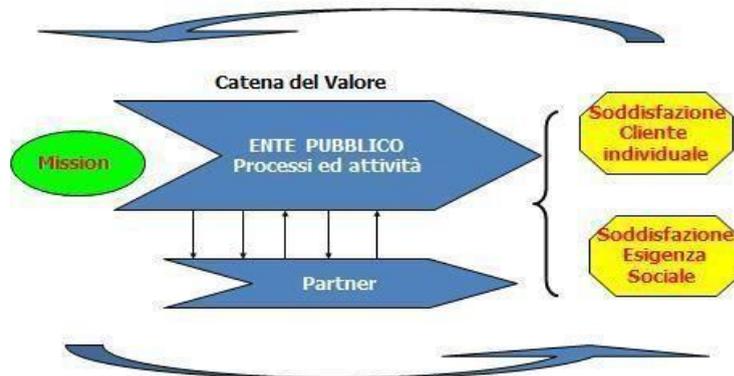
Attraverso i propri strumenti programmatori, l'Azienda intende:

- confermare il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa delle attività;
- implementare gli elementi innovativi in tema di organizzazione e gestione;
- favorire la razionalizzazione delle Strutture organizzative, sia dell'ambito sanitario sia dell'ambito amministrativo;
- valorizzare, in maniera più incisiva e nel rispetto delle disposizioni contrattuali, le professionalità presenti in Azienda;
- garantire l'omogeneità di erogazione delle prestazioni rispetto ai bisogni, l'efficacia dei risultati e l'efficienza nell'impiego delle risorse.

Il collegamento degli obiettivi assegnati alle varie strutture dell'Azienda assicura che le azioni previste nel P.I.A.O. abbiano tutte come obiettivo il mantenimento dei servizi resi finora agli utenti finali e il miglioramento degli stessi, grazie anche agli stakeholders, creando un forte collegamento tra la performance e la creazione di valore pubblico.

L'Azienda deve perseguire, quindi, la tutela della salute degli individui e della popolazione, realizzando un sistema organizzativo veramente orientato, nella sostanza, al cittadino dando il coerente rilievo ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi messi a disposizione per i bisogni dei cittadini in coerenza con il livello delle risorse disponibili e nella garanzia della erogazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) Nazionali e Regionali (vedi figura).

La gestione strategica per il Valore di un Ente Pubblico



In questo quadro molto articolato e, talora, anche frastagliato, le componenti fondamentali del Valore Pubblico vengono individuate dall'A.S.L. Napoli 2 nord, anche nei seguenti items:

- quantità e qualità dei servizi resi;
- customer service;
- informazioni;
- libertà di scelta;
- facilità d'uso e di accesso;
- risultati concreti ottenuti;
- fiducia generata.



Tra gli obiettivi del P.I.A.O. trovano spazio anche quelli legati ad azioni per migliorare l'accessibilità, sia fisica che digitale dell'Azienda, e quelli legati alla semplificazione e reingegnerizzazione delle varie procedure.

La digitalizzazione, difatti, offre soluzioni inimmaginabili con un impatto immediato sulla vita delle persone.

L'esperienza vissuta nel corso della pandemia ha fatto emergere l'importante ruolo che sia l'innovazione tecnologica, sia quella digitale, possono giocare nel rendere più efficiente il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Non da ultimo, si pensi all'impatto che la digitalizzazione ha avuto sulle prestazioni lavorative, permettendo di superare il concetto di sede fisica di lavoro, con innumerevoli vantaggi sia per il lavoratore stesso sia per l'Azienda traducendosi in benefici per l'utente finale.

ACCESSIBILITA' FISICA

L'accessibilità e la politica sulle barriere architettoniche, nella legislazione italiana corrente, sono regolate da diverse norme:

- la legge finanziaria 41/1986, in base alla quale viene imposto l'abbattimento delle barriere architettoniche agli enti locali e territoriali;
- la legge 104/1992, che introduce tutele per il cittadino disabile in materia di barriere architettoniche sotto diversi punti di vista (sanità, scuola, lavoro ecc.) e sancisce l'assoluto diritto, da parte dei disabili, di godere agevolmente dei medesimi spazi di cui godono tutti i cittadini;
- il D.P.R. 503/1996, sull'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici;
- il D. M. 114/2008, relativa invece ai luoghi storici o di interesse culturale.

Soprattutto, però, è opportuno fare riferimento alla legge 13/1989, che ha disciplinato nel dettaglio l'accessibilità degli ambienti e soprattutto dei luoghi pubblici, garantendo tra le altre cose anche dei contributi ai cittadini per l'abbattimento delle barriere architettoniche edifici privati.

Il decreto attuativo della medesima legge, il D. M. 236/89, ha introdotto ulteriori distinzioni e precisazioni tecniche sul tema.

In particolare, nel decreto 236/89 vengono individuati tre criteri di qualità degli spazi, relativamente al problema delle barriere architettoniche:

- l'accessibilità, ovvero la possibilità che le persone con invalidità motoria o sensoriale possano entrare con facilità nell'edificio e muoversi con sicurezza nei suoi locali;
- la visitabilità, intesa come opportunità per i disabili di accedere ad almeno un servizio igienico apposito e agli "spazi di relazione", cioè tutti i luoghi interni di soggiorno, lavoro, servizio e incontro;
- l'adattabilità, che implica una relativa facilità di modifica nel tempo degli spazi costruiti, al fine di renderli progressivamente sempre più accessibili e fruibili anche per i disabili.

Il medesimo decreto, nel suo aspetto strettamente pratico, definisce anche tutti i parametri che gli edifici privati devono rispettare al fine di garantire i succitati livelli qualitativi, assicurando dunque l'assenza di barriere architettoniche interne ed esterne. In base alla legge, dunque, ogni immobile (pubblico o privato, lavorativo o residenziale) deve presentare tutte le attrezzature, gli ausili e gli strumenti necessari a rimuovere ogni barriera architettonica, come ascensori, montascale e così via. Che si tratti di edifici pubblici, di percorsi pedonali o di parcheggi, di una scuola, di un ospedale, ma

anche di un esercizio commerciale di un qualsiasi settore, la legge obbliga in tutte le circostanze ad abbattere o rimuovere le barriere architettoniche presenti, e a costruire o ristrutturare gli edifici in modo che non ve ne siano.

L'ASL Napoli 2 nord, in tutti i suoi interventi edili, ha seguito e continuerà a seguire la normativa sopra descritta per favorire l'accessibilità fisica agli utenti su tutti i presidi sanitari di competenza. Per migliorare il servizio sanitario e conseguentemente anche favorire l'accessibilità dell'utenza sul territorio, sono previsti interventi edili di ristrutturazione su presidi esistenti, tramite i fondi del PNRR, per la realizzazione delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle COT.

Case di Comunità (ambulatori): la Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. L'obiettivo è agire su più fronti, da una parte diminuendo la pressione dei soccorsi rapidi, dall'altra di aumentare il controllo sanitario locale e garantire un più facile accesso a diagnosi e cure preventive.

Ospedali di Comunità: la funzione degli Ospedali di Comunità è quella di costituire un ponte tra il domicilio e l'ospedale in senso stretto. I destinatari sono infatti pazienti che hanno bisogno di un ricovero solo di breve durata e per un intervento di intensità media. Lo scopo principale è quello di assistere al meglio chi non potrebbe rimanere a casa, alleggerendo al contempo la pressione sui pronti soccorsi e sui reparti in genere.

COT (Centrale Organizzativa Territoriale): strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Il 29 aprile 2021 il Governo italiano ha presentato alla Commissione Europea il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Italia Domani, il documento con il quale sono programmate le risorse finanziarie (750 miliardi di euro per tutti i paesi dell'Unione Europea, di cui 672,5 derivanti dal Recovery Fund) che la Commissione Europea ha reso disponibili nell'ambito del Programma Next Generation EU per rispondere in maniera strutturale, seguendo 6 linee prioritarie, alla profonda crisi socio-economica causata dalla pandemia Covid-19 e per sostenere una ripresa che sia duratura, sostenibile ed inclusiva. Con il successivo Decreto Legge 31 maggio 2021, n. 77 pubblicato nella G.U. – serie generale n. 129 del 31 maggio 2021, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108 la "Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure" sono stati delineati ruoli, compiti e responsabilità dei diversi soggetti istituzionali. Il medesimo Decreto Legge n. 77/2021, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108, ha previsto per il settore sanitario l'attuazione della Missione 6 - "Riforma Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima" ponendosi come obiettivo la realizzazione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health" attraverso, tra l'altro, la realizzazione degli Ospedali di Comunità (ODC), Casa della Comunità (CDC) e delle Centrali Operative Territoriali (COT).

Per quanto attiene gli interventi a titolarità del Ministero della Salute contenuti nella Missione 6 "Salute" sono diretti a superare alcune criticità riscontrate a causa delle tendenze demografiche in atto, dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e delle disparità territoriali e di assistenza sul territorio;

La Missione 6 "Salute" risulta suddivisa in due componenti:

- M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria;
- M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale;

e nello specifico, la M6 C1 ha lo scopo di riformare gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici per l'assistenza e gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali quali:

- Case della Comunità (CDC);
- Centrali Operative Territoriali (COT);
- Ospedali di Comunità (OdC).

A seguito di attività ricognitiva ed identificativa, anche mediante interlocuzione con le amministrazioni locali, sono stati individuati gli interventi da realizzare sul territorio dell'ASL Napoli 2 Nord per l'attuazione della missione M6 C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e, in particolare:

- per l'investimento 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona", n.24 interventi;
- per l'investimento 1.2. "Casa come primo luogo di cura e telemedicina: Centrali operative territoriali (COT)", n. 10 interventi;
- per l'investimento 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)", n. 8 interventi;
- n. 3 interventi di Adeguamento Sismico (AS).

ELENCO GENERALE STRUTTURE PNRR ASL NAPOLI 2 NORD				
#	STRUTTURA	COMUNE	PROV.	INDIRIZZO
1	CDC	CASALNUOVO DI NAPOLI	NAPOLI	Via Degli Oleandri, 1
2	CDC	CASALNUOVO DI NAPOLI	NAPOLI	Via Napoli, 131
3	CDC	QUARTO	NAPOLI	Via Marmolito, 136
4	CDC	ISCHIA	NAPOLI	Via Alfredo De Luca, snc
5	CDC	CASORIA	NAPOLI	Via Alcide De
				Gasperi, snc
6	CDC	SANT'ANTIMO	NAPOLI	Via F. Solimene, 1
7	CDC	MUGNANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via Aldo Moro, snc
8	CDC	ACERRA	NAPOLI	Via Flavio Gioia, 1
9	CDC	CAIVANO	NAPOLI	Via Circumvallazione Ovest, snc
10	CDC	CAIVANO	NAPOLI	Via Santa Chiara, snc
11	CDC	AFRAGOLA	NAPOLI	Via Alcide De Gasperi, 1
12	CDC	AFRAGOLA	NAPOLI	Via Ugo La Malfa, 15
13	CDC	CASORIA	NAPOLI	Via Benedetto Croce, snc
14	CDC	MUGNANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via San Giovanni a Campo, snc
15	CDC	VILLARICCA	NAPOLI	Località Frattole, snc

16	CDC	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via San Francesco D'Assisi, 26
17	CDC	MARANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via Luigi Musella, 1
18	CDC	ARZANO	NAPOLI	Via Antonio Cardarelli, 1
19	CDC	ARZANO	NAPOLI	Via Enrico Fermi, snc
20	CDC	VILLARICCA	NAPOLI	Corso Italia, snc
21	CDC	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Casascelle, snc
22	CDC	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Circumvallazione esterna, snc
23	CDC	POZZUOLI	NAPOLI	Via Corrado Alvaro, 8
24	CDC	POZZUOLI	NAPOLI	Via Virgilio, snc
1	ODC	CAIVANO	NAPOLI	Via Circumvallazione Ovest, snc
2	ODC	MUGNANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via San Giovanni a Campo, snc
3	ODC	VILLARICCA	NAPOLI	Località Frattole, snc
4	ODC	ARZANO	NAPOLI	Via Enrico Fermi, snc
5	ODC	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Casacelle, snc

6	ODC	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Circumvallazione Esterna, snc
7	ODC	BACOLI	NAPOLI	Via G. De Rosa, 125
8	ODC	POZZUOLI	NAPOLI	Via Luigi Capuana, snc
1	COT	CAIVANO	NAPOLI	Via Circumvallazione Ovest, snc
2	COT	ACERRA	NAPOLI	Via Flavio Gioia , 15
3	COT	ISCHIA	NAPOLI	Via Alfredo De Luca , snc
4	COT	AFRAGOLA	NAPOLI	Via Alcide De Gasperi, 1
5	COT	AFRAGOLA	NAPOLI	Via Ugo La Malfa, 15
6	COT	FRATTAMAGGIORE	NAPOLI	Via P. M. Vergara, 228
7	COT	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Piazza Annunziata, snc
8	COT	MARANO DI NAPOLI	NAPOLI	Via Luigi Musella, snc

9	COT	POZZUOLI	NAPOLI	Via Corrado Alvaro, 8
10	COT	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NAPOLI	Via Casacelle, snc
1	AS	POZZUOLI	NAPOLI	Loc. La Schiana, snc
2	AS	PROCIDA LACCO AMENO	NAPOLI	Via A. De Gasperi, 1 Via Fundera, snc
3	CD	COT DEVICE - APPARECCHIATURE	NAPOLI	-

ACCESSIBILITA' E TRANSIZIONE AL DIGITALE

In tale contesto si inserisce la pianificazione degli investimenti relativi agli stanziamenti derivanti dal PNRR, con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Tale missione prevede, in base alle strategie condivise a livello regionale:

- interventi di aggiornamento tecnologico delle apparecchiature elettromedicali;
- interventi relativi alle infrastrutture e progetti di digitalizzazione dei sistemi informativi ospedalieri;
- aggiornamenti previsti dalle strategie nazionali relative al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico;
- interventi relativi all'informatizzazione del cosiddetto "territorio" (ospedali di comunità, case di comunità, centrali operative territoriali);
- interventi legati alla telemedicina.

Il piano di transizione al digitale dell'ASL Napoli 2 Nord pone grande attenzione ai servizi al cittadino e al supporto degli operatori, in stretta e continua correlazione con la Regione Campania. Il principio che guida lo sviluppo dei servizi innovativi è mettere il cittadino al centro.

La nostra Azienda lavora per soddisfare le esigenze del cittadino, per cercare di fornire un'esperienza personalizzata, semplice e intuitiva. Per questo stiamo portando avanti un'attività che mira a modernizzare i servizi offerti e a migliorare i processi, il tutto in stretta sinergia con la Regione Campania. A tale scopo è stato attivato un servizio on-line che consente ai cittadini di prenotare un'ampia gamma di visite ed esami.

L'obiettivo è quello di gestire l'erogazione delle prestazioni sanitarie con tempi di accesso certi e adeguati ai problemi clinici. La crescente richiesta ha infatti portato alla formazione di liste e di tempi di attesa che richiedono un'appropriata gestione, per ottenere che l'inquadramento diagnostico e le successive terapie non siano ingiustamente procrastinati, compromettendo la prognosi e la qualità di vita delle persone.

Per prenotare visite specialistiche e prestazioni sanitarie è possibile collegarsi al sito Portale Salute del Cittadino via web (pc, tablet o cellulare). Occorre essere in possesso della ricetta elettronica dematerializzata e inserire il codice fiscale e il numero della ricetta elettronica (NRE). Continua, quindi, il processo di digitalizzazione dell'Azienda: un modo per essere più vicini al cittadino e facilitare la raggiungibilità, in qualsiasi momento della giornata.

L'obiettivo finale è quello di mettere a disposizione strumenti utili ed efficaci che permettano agli utenti e agli uffici di ottimizzare l'attività, senza lunghe attese telefoniche. E' una grande occasione di crescita e di miglioramento dei servizi. Il lavoro da fare è ancora tanto, ma la strada è tracciata.

La nostra Azienda permette anche di pagare i ticket per visite ed esami specialistici. Per effettuare il pagamento occorre collegarsi al Portale Salute del Cittadino. Attraverso la piattaforma, disponibile sul sito web, è possibile pagare gli importi legati a visite ed esami specialistici prenotati attraverso il CUP, ma anche quelli dei ticket di Pronto Soccorso. Per ridurre al minimo la permanenza negli spazi comuni di attesa, il pagamento va effettuato prima di accedere alla struttura che eroga la prestazione. I cittadini sono quindi invitati a pagare il ticket utilizzando gli strumenti disponibili on-line o le altre modalità messe a disposizione. Oltre che con il Portale Salute del Cittadino (da computer, smartphone e tablet), è infatti possibile effettuare il pagamento tramite le casse automatiche o nelle farmacie pubbliche e private.

Digitalizzazione, semplificazione, ripensamento dei processi e integrazione dei sistemi sono gli elementi per arrivare a realizzare la Pubblica Amministrazione ideale: quella che mette i cittadini al centro. Gli investimenti sono stati fatti non solo sugli strumenti, ma anche sul personale, potenziando i servizi agli sportelli, e sull'organizzazione, introducendo il concetto di "sportello polifunzionale" finalizzato a massimizzare i servizi forniti all'utenza.

Al fine di dare seguito alla Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione ed aumentare le competenze digitali per la PA (necessarie per abilitare e rendere efficace a tutti i livelli la transizione digitale delle PA), sarà inserita, nei documenti di programmazione, la pianificazione di interventi di formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che saranno curate dal Team della Transizione al Digitale aziendale.

L'ASL Napoli 2 nord ha aderito alla piattaforma di formazione digitale utilizzata Syllabus, realizzata dal Dipartimento della Funzione Pubblica, dedicata ai dipendenti della Pubblica Amministrazione che mira a potenziare conoscenze, competenze e abilità attraverso un'esperienza di apprendimento personalizzata, multi tematica e in continuo aggiornamento.

In Syllabus, ogni dipendente ha la possibilità di misurare le sue conoscenze, individuare i suoi bisogni formativi attraverso un test di valutazione e fruire dei moduli formativi più adatti a colmare il gap di competenze rilevato tra quelli previsti nel Catalogo. Al termine della formazione sarà possibile ripetere il test per poter verificare e attestare l'aumento delle proprie competenze.

In quell'ambito, oltre i vincoli di aggiornamento tecnologico, saranno implementati gli strumenti per l'innovazione in termini di:

- Cyber security (La sicurezza è l'insieme delle misure di carattere tecnologico, organizzativo e procedurale volte a garantire la protezione dei sistemi informatici e dei dati in essi contenuti);
- Transizione ecologica (Gli strumenti necessari a rendere le città davvero sostenibili e migliorare la consapevolezza sui temi ambientali).

Con la deliberazione n. 2070 del 30.10.2024, ad oggetto "Aggiornamento annuale del **Piano Triennale programmatico aziendale per l'informatica 2024/2026**", l'ASL Napoli 2 nord ha aggiornato il Piano Triennale per l'informatica AGID.

Il Piano Triennale per l'informatica della Pubblica Amministrazione è uno strumento, predisposto da Agid essenziale per promuovere la trasformazione digitale del Paese e, in particolare, quella della Pubblica Amministrazione italiana. La redazione e la successiva verifica dell'attuazione del Piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione è previsto dall'art. 14 bis del D.Lgs. n. 82/2005 e ss.mm.ii. (cd. CAD), in questo contesto il Piano per l'informatica rappresenta lo strumento essenziale per promuovere la trasformazione digitale dell'Azienda e superare quella frammentazione legata alla peculiare territorialità che caratterizza l'Azienda Sanitaria Locale.

Il Piano 2022-2024, è nella sua fase di sviluppo ed è oggi alla quarta revisione. Si riporta di seguito il riepilogo degli atti programmatici predisposti dall'ASL Napoli 2 Nord in materia:

- Deliberazione n. 1625 del 18/12/2020 – recante "Designazione Responsabile Transizione al

digitale art 17 del D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.”;

- Deliberazione n. 1533 del 03/12/2020 – recante “Piano aziendale Programmatico per la Semplificazione ed Innovazione digitale”;
- Deliberazione n. 287 del 01/03/2022- recante “Designazione Responsabile Transazione Digitale art 17 del D.Lgs.- 82/2055 e ss.mm.ii. – Sostituzione referente (deliberazione n. 1625 del 18/12/2020)”;
- Deliberazione n. 1688 del 06.10.2022 – recante “Piano aziendale per la semplificazione e l’innovazione digitale- Revisione ed aggiornamento annualità 2022-2023
- Deliberazione n. 268 del 15/02/2023 – recante “Struttura TEAM Ufficio RTD Aziendale – Provvedimenti”;

Il piano è oggetto di monitoraggio periodico ed è essere sottoposto a integrazioni o modifiche nel caso in cui il mutare dello scenario di riferimento richieda uno specifico intervento sullo stesso.

La presente revisione, oltre a rappresentare la naturale evoluzione della precedente, infatti il piano nell’aggiornamento 2024-2026 del Piano Triennale, recepisce in maniera sempre più estesa i contenuti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che rappresenta una straordinaria opportunità di accelerazione della fase di execution della trasformazione digitale della PA. Il PNRR fa della Transizione Digitale uno dei tre fondamentali assi strategici, dedicando ad essa importanti investimenti nell’ambito delle Missioni di seguito riportate:

Missione 1: Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA come di seguito riportati:

- Sub-Investimento 1.3.2: “Single Digital Gateway”
- Sub-Investimento 1.4.1: “Citizen experience - Miglioramento della qualità e dell'usabilità dei servizi pubblici digitali”
- Sub-Investimento 1.4.2: “Citizen inclusion - Miglioramento dell'accessibilità dei servizi pubblici digitali”

Missione 6: Salute come di seguito riportati:

- M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale - “gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari”.
- M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale - le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l’ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

L’aggiornamento 2024-2026 del Piano Triennale mantiene inalterata la struttura del documento consolidata nella scorsa edizione e fa riferimento al Modello strategico di evoluzione ICT della PA, che descrive in maniera funzionale la trasformazione digitale, attraverso:

- due livelli trasversali relativi a interoperabilità e sicurezza informatica;
- quattro livelli verticali per servizi, dati, piattaforme ed infrastrutture.

La Mappa del modello strategico utilizzato da AGID nella stesura del piano è da intendersi come la rappresentazione di macro ambiti che aggregano gli elementi omogenei oggetto del Piano e che rappresentano le linee d’azione da seguire. È stato pensato per superare l’approccio a “silos” storicamente adottato dalla pubblica amministrazione e per favorire la realizzazione di un vero e

proprio sistema informativo della pubblica amministrazione. Costituisce il quadro di riferimento su cui innestare e rendere operativi i progetti, le piattaforme e i programmi previsti. Tale rappresentazione è utile per descrivere il processo di trasformazione digitale a cui deve tendere l'ASL Napoli 2 Nord al fine di rispondere al modello di governance definito dal Piano triennale per l'informatica emesso da AGID in collaborazione con il Dipartimento per la Transizione al Digitale.

PIANO FABBISOGNO AZIENDALE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

Con la deliberazione n. 599 del 19.03.2024, ad oggetto " Aggiornamento piano di vetustà del parco apparecchiature elettromedicali ASL Napoli 2 nord- anno 2024", l'ASL Napoli 2 nord ha preso atto del Piano di Vetustà e valorizzazione del parco apparecchiature elettromedicali aziendali – aggiornamento anno 2024, e ha definito lo stesso utile strumento programmatico ai fini aziendali per una corretta programmazione per la Direzione Strategica quale Piano Pluriennale delle Acquisizioni necessarie anche in termini di fabbisogno aziendale.

L' U.O.C. Sistemi Informativi e Transizione Digitale è responsabile della gestione del patrimonio di tecnologie sanitarie ed informatiche aziendali, di fatto a tale U.O.C. afferiscono le procedure di acquisizione e monitoraggio delle funzionalità delle apparecchiature elettromedicali, con l'obiettivo di realizzare una gestione economica, appropriata e sicura del parco tecnologico di cui è dotata l'ASL NAPOLI 2 NORD. La corretta gestione del patrimonio di tecnologie sanitarie ed informatiche ha impatto sul livello qualitativo ottenuto nei processi di erogazione dei servizi sanitari erogati e pertanto sull'utilizzatore finale di tali servizi ossia sul cittadino. In tale ottica l'Azienda promuove attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici connessi all'utilizzo delle tecnologie.

Gli obiettivi sopra riportati vengono sviluppati attraverso le seguenti attività:

- Consulenza sulla tecnologia disponibile e valutazione tecnica in fase di acquisto;
- Stipula, gestione e ottimizzazione dei contratti di manutenzione con gli Operatori economici fornitori di tali servizi;
- Valutazione, ottimizzazione e gestione dell'utilizzo delle Tecnologie Biomediche;
- Valorizzazione e controllo del patrimonio tecnologico;
- Collaborazioni scientifiche con le Università ed i Centri di ricerca Italiani;
- Partecipazione a progetti di ricerca a livello nazionale.

Nell'ottica di conservare un elevato livello tecnologico e garantire il costante miglioramento del livello qualitativo dei servizi erogati al cittadino, è indispensabile la rilevazione e gestione inventariale del parco tecnologico attualmente in uso e del relativo stato di utilizzo.

L'obiettivo del presente studio, è quello di aggiornare all'anno corrente il Piano Vetustà, in termini numerici e di valori economici, il parco tecnologico ad oggi di proprietà Aziendale, con il fine di consentire il monitoraggio dello stato di obsolescenza e la conseguente valutazione delle eventuali azioni da intraprendere (es. proposte di fuori uso, fuori uso) per l'aggiornamento continuo dello stesso.

L'attività di gestione, analisi e valutazione del parco tecnologico ha come elemento di partenza una conoscenza puntuale della dotazione effettiva delle apparecchiature in uso presso l'ASL Napoli 2 Nord nelle strutture di appartenenza, identificate in figura 1.

Con deliberazione n. 489/2021 del l'ASL Napoli 2 Nord ha aderito alla Convenzione Quadro So.Re.Sa. - PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI INTEGRATI PER LA GESTIONE E LA MANUTENZIONE DELLE APPARECCHIATURE - BIOMEDICHE - denominata (S.I.G.M.A.), per la manutenzione delle apparecchiature elettromedicali. A supporto dell'attività di individuazione dei beni, considerata la mole dei dati e la necessità del continuo aggiornamento degli stessi, a seguito dell'attivazione dei servizi gara SIGMA, l'ASL Napoli 2 Nord, ha in uso il software gestionale EASI, che

consente l'archiviazione, la gestione e l'estrapolazione di tutte quelle informazioni necessarie per la gestione del parco apparecchiature quali ad esempio ubicazione, stato d'uso e attività manutentive. Per la predisposizione del presente studio, sono stati oggetto di valutazione le informazioni con le relative fonti di seguito specificate:

- Inventario delle apparecchiature come estrapolabile dal sw gestionale EASI;
- Stato d'uso e vetustà delle apparecchiature elettromedicali, attraverso indagini tecnico patrimoniali per stabilire il valore attuale determinati sulla base di informazioni sui periodi di utilizzo e fornitura, a partire ad esempio dalle date di collaudo;
- Capitolato Tecnico della Procedura Aperta – So.Re.Sa. - Per L'affidamento Dei Servizi Integrati Per La Gestione E La Manutenzione Delle Apparecchiature - Biomediche - (S.I.G.M.A.) per la determinazione della "classe manutentiva di appartenenza"
- Analisi dei dati relativi al "Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate" DM del 22 aprile 2014 e ss.mm.ii.;

I dati sulle apparecchiature elettromedicali come sopra raccolti sono stati analizzati e valutati mediante analisi statistiche ed indagini tecnico-patrimoniali al fine di effettuare la valorizzazione e il controllo del patrimonio tecnologico aziendale in relazione alla classe di vetustà di appartenenza. Nei paragrafi successivi si descriveranno le analisi di dettaglio effettuate sul parco elettromedicale.

Distribuzione del parco elettromedicale sul territorio dell'Azienda Sanitaria Locale NAPOLI 2 NORD

Si riporta di seguito la distribuzione territoriale delle apparecchiature presso i Distretti e PP.OO. aggiornata a febbraio 2024, con comparazione dati di febbraio 2023:

APPARECCHIATURE IN USO PER STRUTTURA (febbraio 2024)

UBICAZIONE	N. 2023	DISTRIBUZIONE %2023	N. 2024	DISTRIBUZIONE %2024
DISTRETTI SANITARI/POLIAMBULATORI/C.SA CIRCONDARIALE FEMMINILE/RSA/ 118	3.097	26%	3.484	26%
P.O. "S.M. DELLE GRAZIE" - POZZUOLI	3.943	33%	4.276	32%
P.O."SAN GIOVANNI DI DIO" - FRATTAMAGGIORE	1.714	14%	1881	14%
P.O. "S. GIULIANO" - GIUGLIANO	1.994	16%	2.298	17%
P.O. "RIZZOLI" - ISCHIA	1.156	10%	1.262	9%
P.O. "G.SCOTTO"- PROCIDA	234	2%	244	2%
	12.094		13.445	

Dalla tabella è possibile evincere che la percentuale di incremento delle apparecchiature pari all'8,4%, dovuto alle acquisizioni di apparecchiature effettuate prevalentemente con fondi finalizzati PNRR e POR Campania FESR 2014-2020.

Dall'analisi dei dati si può osservare inoltre come la distribuzione delle apparecchiature è sostanzialmente invariata rispetto alla precedente rilevazione, al netto di un lieve aumento delle apparecchiature ubicate presso il PO San Giuliano di Giugliano in Campania. L'incremento della numerosità delle apparecchiature presso il PO san Giuliano è dovuta in buona parte alle acquisizioni di apparecchiature per apertura di nuovi reparti, quali ad esempio il Servizio Immunotrasfusionale (SIMT) ed il nuovo reparto di emodinamica.

In relazione alle procedure di fuori uso, in coerenza con quanto pianificato nel piano di vetustà 2023, con Deliberazione ASL Napoli 2 Nord n. 292/2024, avente ad oggetto "Presenza d'atto dei lavori della Commissione Tecnica Aziendale per l'iter di dismissione delle apparecchiature elettromedicali fuori uso dei PP.OO. - "S. Giovanni di Dio" di Frattamaggiore – "S. Giuliano" di Giugliano – "A. Rizzoli" di Ischia", sono state dichiarate fuori uso le apparecchiature individuate negli elenchi allegati alla relativa deliberazione, per un totale di 179 beni.

Distribuzione in termini di vetustà

Per le apparecchiature sanitarie il monitoraggio dello stato di vetustà ha una particolare rilevanza in termini di razionalizzazione delle risorse e riduzione dei costi generati in quanto una eccessiva vetustà del parco installato potrebbe creare potenziali condizioni di inappropriata e antieconomicità in relazione, ad esempio, all'aumento dell'incidenza dei guasti, o all'aumento dei costi di esercizio, ed altro ancora.

Le classi di vetustà sono di seguito riportate:

- CLASSE I: (1 – 3 anni) basso grado vetustà;
- CLASSE II: (4 - 6 anni) medio- basso grado vetustà;
- CLASSE III: (7 - 9 anni) medio-alto grado vetustà;
- CLASSE IV: (superiore a 9) alto grado vetustà.

Per la valutazione dello stato di vetustà del parco tecnologico in uso, si sono tenute in considerazione principalmente due riferimenti temporali:

- la data di primo collaudo;
- la data di acquisto rilevata dall'inventario o da consultazione dell'Albo Pretorio, dove non disponibile la data di primo collaudo.

Quando non è stato possibile reperire un riferimento temporale, sono state effettuate valutazioni relativamente al numero di inventario in considerazione del fatto che l'ultima attività relativa di censimento delle apparecchiature stesse è iniziata dell'anno 2017 da parte della ditta Althea. In particolare, le apparecchiature senza riferimenti temporali sono state prima ordinate in ordine crescente di inventario e successivamente suddivise in gruppi di circa 3.000; dopodiché a partire dagli inventari meno recenti, a ciascuna apparecchiatura, è stata assegnata la classe di vetustà superiore secondo questo schema:

- CLASSE IV: inventari da 1 a 4.000;
- CLASSE III: inventari da 4.001 a 7.000;
- CLASSE II: inventari da 7.001 a 10.000;
- CLASSE I: inventari da 10.001 a seguire alla data della presente.

Tenendo conto di quanto sopra rappresentato, si riportano di seguito le risultanze di tale analisi rapportando i dati del 2023 con quelli del 2024:

Suddivisione apparecchiature in classi di vetustà

CLASSE	VETUSTA'	ANNO 2023		ANNO 2024	
		N. APP	INCIDENZA	N.APP	INCIDENZA
I	1-3	2.672	28%	2.722	26%

II	4-6	1.346	14%	2.215	21%
III	7-9	2.165	23%	2.405	23%
IV	>9	3.224	34%	3.045	29%
		9.407		10.387	

Si rileva un aggiornamento del presente piano rispetto alla versione dello scorso anno, in quanto sono state considerate tutte le classi tecnologiche presenti in Azienda a qualsiasi titolo ed inventariate, ciò in quanto l'attivazione dei servizi gara SIGMA ha consentito di accentrare su un unico interlocutore le correlate attività di manutenzione e di ottimizzare l'inventario in essere. Dal confronto dei dati sulle annualità considerate si rileva una riduzione complessiva delle apparecchiature in classe III e IV pari a 3 punti percentuali ed un incremento di 4 punti percentuali delle apparecchiature in classe I e II, in particolare è considerevole la riduzione di 5 punti percentuali delle apparecchiature rientranti nella classe IV di vetustà.

Analisi economica dei beni di proprietà

In seguito alla classificazione delle apparecchiature secondo i criteri sopra descritti, si è provveduto ad effettuare una valutazione economica del parco tecnologico acquisito in proprietà. Avere dati aggiornati dei valori economici delle apparecchiature per finalità legate alla valorizzazione del patrimonio tecnologico aziendale, nonché analisi dei costi durante le indagini di mercato preliminari le acquisizioni a farsi è di estrema utilità.

Ai fini del presente studio, pertanto, si è proceduto a centrare l'analisi solo sui beni di proprietà aziendale ovvero escludendo le ulteriori modalità di acquisizione (beni in leasing, locazione, comodato, service e visione) in quanto ai sensi della Delibera Giunta Regione Campania n. 748 del 18/12/2023 "adozione nuovo atto aziendale dell'ASL Napoli 2 Nord", all'Art.3 - Il patrimonio comma 2 si dettaglia che "L'Azienda, ai sensi e per gli effetti dell'art.5 comma 2 del D.Lgs. 229/1999 e del decreto del Commissario ad Acta n.14/2009, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e pertanto non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge".

Per la valorizzazione delle apparecchiature elettromedicali è stato preso quale riferimento il Capitolato Tecnico della gara S.I.G.M.A., nel quale al capitolo 1 – Definizioni –di definisce il Valore convenzionale come il valore economico attribuito all'apparecchiatura biomedica oggetto dei servizi posti a gara che, moltiplicato per la percentuale di incidenza manutentiva, consente di ottenere il canone manutentivo per l'apparecchiatura stessa. Tale valore è così determinato:

- per le apparecchiature ricomprese nell'Allegato B/2_LottoX_SubLottoXY è riportato in gara nella colonna Valore convenzionale per ciascuna Amministrazione contraente;
- per le apparecchiature non ricomprese nell'Allegato B/2_LottoX_SubLottoXY ma che la relativa Amministrazione contraente volesse affidare all'Aggiudicatario corrisponde al:
 - a) valore economico di acquisto, se l'apparecchiatura, alla data di presa in carico da parte dell'Aggiudicatario, è stata acquistata da non oltre tre anni;
 - b) valore convenzionale di rinnovo, se l'apparecchiatura, alla data di presa in carico da parte dell'Aggiudicatario, è stata acquistata da oltre tre anni.

Ai sensi di quanto sopra si è disposto di assegnare:

- valore convenzionale riportato nell'allegato B_1 della medesima procedura, alle apparecchiature con data di collaudo/acquisto fino al 2019, ovvero in classe di vetustà II, III e IV;
- valore economico di acquisto alle apparecchiature di recente acquisizione, di età inferiore a 3 anni, in classe I di vetustà. La determinazione di tale valore è stata effettuata mediante consultazione e studio dall'Albo Pretorio Aziendale, ove possibile, delle Deliberazioni di

acquisizione;

- Valore economico pari alla media tra il valore convenzionale SORESA e valore di acquisto quando non è stato possibile individuare un riferimento economico;
- Valore economico nullo ai componenti di un Sistema, valorizzato nel suo componente principale (es. le sonde collegate ad un ecotomografo).

Per quanto concerne il valore attuale delle grandi apparecchiature, inclusa l'alta tecnologia, la valorizzazione ha seguito le indicazioni di contabilità economico-finanziaria come definita dal D.lgs 118/2011 applicando una quota di ammortamento percentuale pari al 10% annuo a partire dalla data e dal valore d'acquisto dell'apparecchiatura stessa. Sulla base dei criteri precedente descritti, il valore stimato del parco tecnologico, riferito al mercato attuale, è pari a circa 50 milioni di euro.

Analisi in base alla classe incidenza dei costi di manutenzione/valore di mercato

Per le apparecchiature di proprietà e per le quali risulta scaduto il periodo di garanzia e assistenza tecnica full risk, si è proceduto ad identificare la classe manutentiva tenendo conto dei 6 (sei) gruppi associati alla percentuale di incidenza manutentiva, che è direttamente proporzionale alla complessità della tecnologia, come previsto da Capitolato Tecnico S.I.G.M.A., in particolare:

- GRUPPO A: altissima incidenza del costo di manutenzione;
- GRUPPO B: alta incidenza del costo di manutenzione;
- GRUPPO C: medio/alta incidenza del costo di manutenzione;
- GRUPPO D: media incidenza del costo di manutenzione;
- GRUPPO E: medio/bassa incidenza del costo di manutenzione;
- GRUPPO F: bassa incidenza del costo di manutenzione;
- GRUPPO 0: apparecchiature – accessori – moduli a canone pari a 0 €.

Tenendo conto di quanto sopra rappresentato, si riportano di seguito le risultanze di tale analisi:

3			
CLASSE MANUTENTIVA	GRUPPO	PERCENTUALE D'INCIDENZA MANUTENTIVA	PERCENTUALE NUMEROSITA' APPARECCHIATURE
ALTISSIMA	A	12%	2%
ALTA	B	10%	0,1%
MEDIO/ALTA	C	8%	22%
MEDIA	D	6%	9%
MEDIO/BASSA	E	4%	19%
BASSA	F	3%	15%
A CANONE NULLO	0	0%	11%
NO SIGMA di proprietà	-	-	3%
Noleggio/service/comodato	-	-	19%

Si specifica che le classi manutentive "ALTISSIMA" e "ALTA" non includono le grandi apparecchiature, che risultano essere oggetto di azioni legate al PNRR, così come approvato con Deliberazione di Giunta Regionale della Regione Campania n. 249 del 24/05/2022 con ad oggetto "DGR 195/2022 - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 "Salute" - Presa d'atto del Contratto Istituzionale di Sviluppo ai sensi del DM 20 Gennaio 2022 – Determinazioni". Allo stato attuale sono da completare le attività di

installazione e collaudo per gli interventi PNRR rientranti nella Missione 6 “Salute” componente 2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie), per le seguenti apparecchiature:

- N. 2 Tomografi computerizzati;
- N. 3 Angiografi;
- N. 7 telecomandati.

Nell’ambito della Missione 6 “Salute” Componente 1 (M6C1) “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e quindi del DM 77/2022 avente ad oggetto “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale, si individua il territorio come prossimo obiettivo di incremento dotazione apparecchiature elettromedicali in seno all’ampliamento e ottimizzazione dell’offerta sanitaria correlata.

LA PERFORMANCE 2025

Il Piano della Performance è stato sviluppato nel rispetto del quadro normativo delineato in attuazione del D.lgs. n.150/2009, come modificato ed integrato dal D.lgs. n.74/2017, e dei criteri metodologici ed interpretativi contenuti nelle delibere della ex Civit n. 112/2010 “*Struttura e modalità di redazione del Piano della performance*”, n. 6/2013 “*Linee guida relative al ciclo di gestione della performance*” e nelle “*Linee Guida per il Piano della performance – Ministeri* (Dipartimento della Funzione Pubblica- Ufficio valutazione della Performance).

Relativamente all’aggiornamento della documentazione attinente al ciclo della *performance*, che ha visto il supporto dell’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e della UOC Controllo di Gestione, si rappresenta come l’Asl Napoli 2 Nord abbia provveduto, in linea con quanto previsto in materia, rispettivamente dalla Legge n. 190/2012 e dal D.lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.lgs. n. 97/2016, a rendere sempre più concreta ed effettiva la correlazione tra gli obiettivi di *performance* individuali e dell’organizzazione e quelli concernenti la prevenzione e il contrasto della corruzione.

L’ASL NA 2 NORD redige annualmente il Piano della performance, documento programmatico triennale, sulla base degli indirizzi della Regione Campania e della pianificazione di area vasta. Il Piano della performance è adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi; al contempo definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse assegnate, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione e di quella operativa. Tutto il personale, dirigente e comparto, concorre al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Direzione.

Il Piano della Performance è coordinato ed integrato con il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e definisce gli obiettivi strategici di trasparenza e di prevenzione ai sensi dell’art. 1 della L. 190/2012 e del D. Lgs. 33/2013. Il sistema di valutazione permanente del personale dipendente, disegnato con apposita regolamentazione, rappresenta lo strumento aziendale per l’esercizio delle funzioni previste. Il processo di valutazione del personale dipendente, con le sue diverse fasi (definizione, negoziazione e assegnazione degli obiettivi, misurazione dei risultati ottenuti, valutazione delle attività svolte e delle capacità possedute), è momento fondamentale e premessa di un efficace e coerente piano di sviluppo delle risorse umane, che costituiscono il fattore principale per la qualità del servizio. Il sistema di valutazione, in applicazione dei CCNL e dei contratti integrativi aziendali, rappresenta lo strumento annuale per la gestione della produttività/retribuzione di risultato, intesa quale premio collettivo e individuale da distribuire al personale del comparto e della dirigenza.

La valutazione delle attività professionali di competenza del collegio tecnico, prevista per i dirigenti del SSN, è svolta nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali e disciplinata nell’apposita regolamentazione dell’Ente.

IL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Dal punto di vista metodologico, l'impianto finalizzato alla definizione del Sistema di misurazione e valutazione della performance è stato sviluppato nel rispetto del quadro normativo delineato in attuazione del D.lgs. n.150/2009, come modificato ed integrato dal D.lgs. n.74/2017, e dei criteri metodologici ed interpretativi contenuti nelle delibere della ex Civit (Delibera n. 89/2010; Delibera n. 104/2010; Delibera n. 114/2010; Delibera n. 1/2012, paragrafi 3 e 4) e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica (n.2/2017 e n. 5/2019).

Le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, seppur focalizzate sulle peculiarità delle strutture dei Ministeri, su indicazione del citato Dipartimento, sono da considerarsi di carattere generale e, quindi, possono essere estese, nelle more dell'adozione di specifiche linee guida, anche alle altre amministrazioni dello Stato.

Ai fini di una efficace gestione del processo di pianificazione e programmazione e di una sua corretta formalizzazione, sono fornite indicazioni alle funzioni proprie dei tre documenti principali:

1. Piano della Performance;
2. Nota Integrativa al Bilancio di Previsione;
3. Direttiva del Direttore Generale sull'azione amministrativa e la gestione.

La Proposizione del Piano ha visto il supporto delle Strutture Aziendali. Sulla base delle attività istituzionali, l'ASL Napoli 2 Nord declina gli obiettivi specifici (di cui all'art. 5, comma 1, lettera b) del D. Lgs 150/2009 e ss.mm.ii.). Gli stessi sono programmati, in coerenza con gli obiettivi generali, su base triennale, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dall'Organo di indirizzo politico-amministrativo dell'ASL NA 2 NORD, sentito il Direttore Generale e i dirigenti dell'Azienda.

IL CICLO DI PROGRAMMAZIONE DELLE PERFORMANCE

Il ciclo della performance è stato avviato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio. In particolare, il Bilancio di previsione per l'esercizio 2025 (Delibera del Bilancio di Previsione n. **N. 1839 del 30/09/2024**), in coerenza con quanto richiesto dall'art. 19 del D. Lgs. 91/2011, sarà declinato in apposite schede di budget a cura del UOC Controllo di Gestione, che contengono il Piano degli indicatori e dei risultati attesi che collega, per missioni e programmi di bilancio, il centro di costo, l'obiettivo strategico, l'azione, l'indicatore e il target. Il Piano degli indicatori costituisce la base su cui avviare il ciclo della performance 2024 con l'adozione del Piano della performance al 31 gennaio 2025 (parte integrante e sostanziale del presente documento Aggiornamento del PIAO 2025), come richiesto dall'art. 10 del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i..

L'impianto di costruzione del Piano, costituisce la premessa per l'affinamento dell'attività di controllo di gestione e delle analisi in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti, di miglioramento del livello di efficienza, efficacia ed economicità della gestione (D. Lgs. 286/1999 e ss.mm.ii.). Il ciclo della performance sarà migliorato anche alla luce della sperimentazione promossa dall'Ufficio per la valutazione della performance del Dipartimento della Funzione Pubblica, volta alla individuazione di indicatori comuni per le funzioni di supporto nelle amministrazioni pubbliche (Delibera n.1503 del 30.09.21: Accordo di Collaborazione con il MEF per l'utilizzo del Modulo di Valutazione della Performance (MVP) ai sensi dell'art.15 della L.241/90 e ss.mm.ii.), ma soprattutto, sarà reso più efficace, in seguito al nuovo impianto del percorso di budgetizzazione, completamente digitalizzato, promosso dalla UOC Controllo di Gestione.

Il processo complessivo di valutazione della performance di tutto il personale, soggetto ad una logica di

gradualità e miglioramento continuo, dovrà essere correlato al monitoraggio costante nel tempo della formazione individuale, anche al fine di stimolare la crescita e l'aggiornamento professionale per il raggiungimento dei risultati attesi anche da parte di coloro che non li hanno conseguiti (in toto o in parte) nella specifica annualità oggetto di valutazione.

Questo aspetto dinamico della valutazione concorre anche al miglioramento dello sviluppo della carriera e alla gestione del sistema premiante della risorsa valutata. (La Proposta del Nuovo Sistema di Valutazione e Misurazione del Sistema delle Performance è in itinere(secondo procedura sarà inviato all'OIV, che ne dovrà esprimere "formale parere" per l'invio dell'informativa/contrattazione alle parti sindacali, come previsto dal CCNL 16-18 comma 3, lett.a) e b) dell'art.7 - Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie).

Il ciclo di programmazione, misurazione e valutazione della performance è un processo circolare che prende avvio con la programmazione sanitaria regionale, le delibere annuali regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende e della pianificazione di area vasta. Tutto il personale, dirigente e comparto, concorre al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Direzione. La Direzione Generale in coerenza con quanto sopra, e attraverso il Controllo di Gestione, promuove un processo relazionale e negoziale con i responsabili delle articolazioni organizzative individuate quali centri di responsabilità/costo, definisce le proprie linee di azione strategica e il programma delle attività (piano della performance) che poi vengono declinate per ciascuna struttura organizzativa aziendale in piani e obiettivi operativi attraverso il processo di negoziazione degli obiettivi stessi. La scheda obiettivi diviene il documento base che, per ciascuna macro struttura (referente territoriale, dipartimento, area, strutture afferenti alla Direzione), sintetizza gli obiettivi assegnati (la performance organizzativa da raggiungere), i valori attesi, le modalità di misurazione e il peso dei medesimi anche in riferimento alle varie tipologie di personale dipendente, ovvero la rilevanza e significatività rispetto alle strategie aziendali di riferimento, entro un totale complessivo di peso per ciascuna struttura organizzativa di 100%. Il direttore di ciascuna macrostruttura organizzativa provvede a illustrare gli obiettivi assegnati ai direttori delle strutture afferenti e a declinarli, tramite apposita struttura, in attività specifiche al fine di individuare, in raccordo con loro, l'apporto richiesto e le responsabilità connesse, nel rispetto degli standard di qualità attesi. Ciascun direttore di struttura organizzativa dovrà comunicare al personale della struttura, dirigenziale e non, gli obiettivi assegnati (tale azione rappresenta per lo stesso direttore la condizione necessaria per l'accesso alla retribuzione di risultato) e assegnare, nei tempi previsti dai dispositivi Aziendali e dai Regolamenti previsti sull'argomento, gli obiettivi individuali con le modalità ivi previste, tenendo sostanzialmente in considerazione le due seguenti dimensioni:

- 1.misurazione e valutazione della prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati come declinazione di quelli della struttura organizzativa di assegnazione;
- 2.misurazione e valutazione dei comportamenti e delle competenze organizzative, ovvero valutazione delle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa dentro l'organizzazione; vale a dire l'insieme integrato di saperi (aspetti tecnici, relazionali e educativi, nonché conoscenze in genere, abilità ed esperienza), che caratterizzano l'agire e la realizzazione concreta delle attività lavorative nell'organizzazione;

Il ciclo di gestione della performance viene supportato dall'OIV, che ad inizio d'anno valuta il processo di elaborazione del Budget e, con verifiche periodiche (monitoraggio), oltre a quella di fine anno, il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, tenendo conto dei rendiconti del Controllo di Gestione e della Relazione Sanitaria, evidenziando eventuali criticità del processo di valutazione.

A supporto dell'OIV operano l'UOS Gestione del Piano delle Performance, il Controllo di Gestione che coordina la STS all'OIV, ed il Servizio risorse umane di sistema ed Economico Finanziario che forniscono gli elementi per valutare se i comportamenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, per monitorare le attività e supportare il processo di valutazione dell'efficacia ed efficienza aziendale. All'inizio dell'anno successivo a quello di riferimento, e nei tempi previsti dalla norma e dalle regolamentazioni dell'Ente in materia, si avvia il processo di valutazione della performance organizzativa aziendale nel suo complesso, a livello di struttura organizzativa aziendale e individuale che, tramite le schede individuali di valutazione, tende a verificare le prestazioni individuali e i risultati raggiunti dal singolo dipendente, espressi nel periodo

di riferimento e nell'ambito delle funzioni svolte.

OBIETTIVI STRATEGICI

Il processo di definizione degli obiettivi prevede la suddivisione in macroaree nel cui ambito si sviluppa il processo di pianificazione e dove trovano corrispondenza gli obiettivi specifici dell'Ente. La valutazione è strutturata identificando tre macroaree di riferimento nelle quali si collocano gli obiettivi corrispondenti;

OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE AL DIRETTORE GENERALE

Con la Delibera di Giunta della Regione Campania n. 320 del 21.06.2022 e del D.P.G.R.C. n. 105 del 04.08.2022 sono stati assegnati al Direttore Generale gli obiettivi così come di seguito indicati:

Obiettivi di carattere generale

- a) raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- b) conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;
- c) rispetto dei tempi di pagamento.

Obiettivi specifici

- a) garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia; si specifica che a seguito della modifica degli indicatori CORE NSG disposta dal comitato LEA nella riunione del 11/04/2023, la Regione Campania, con la nota prot. 360344/23, ha comunicato l'aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali adeguandoli alla predetta modifica;
- b) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- c) continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;
- d) obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022 e s.m.i.;

Obiettivi tematici

- a) attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- b) digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;
- c) erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- d) puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento.

Per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'ASL NA2 Nord si avvale delle proprie risorse gestite direttamente nonché di soggetti esterni accreditati con il SSR nel rispetto della programmazione pluriennale. L'Azienda riconosce la necessità di perseguire obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con

conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari. Anche per l'anno 2025 gli obiettivi assegnati al Direttore Generale sono obiettivi prioritari per tutti i CDR competenti per materia a cui si aggiungono gli ulteriori obiettivi di area come articolati nei successivi paragrafi.

INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE

L'Azienda si pone come obiettivo prioritario la promozione della qualità dell'offerta di servizi sanitari, sulla base di interventi in grado di superare le criticità conseguenti al piano di riconversione strutturale cui è soggetto l'intero Sistema Sanitario anche in virtù del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il contesto attuale presenta alcune problematiche che incentivano l'azienda a porsi quali macro-obiettivi:

- l'offerta di servizi ospedalieri caratterizzata da un livello di attività sufficientemente integrate che presentino livelli di appropriatezza clinica ed organizzativa;
- l'offerta di servizi territoriali, caratterizzata da una distribuzione geografica razionale, con un elevato grado di integrazione tra i diversi livelli assistenziali, in particolare tra medicina generale, specialistica ambulatoriale e servizi ospedalieri, nonché da una gestione efficiente di risposta alle problematiche connesse all'offerta ambulatoriale e alle liste di attesa;
- un potenziamento nell'utilizzo degli strumenti a supporto del "*decision making*" a tutti i livelli aziendali non disgiunto dal rafforzamento nel ricorso a strumenti di monitoraggio e controllo degli accadimenti aziendali in grado di promuovere virtuosi processi di integrazione e responsabilizzazione.

La Direzione Strategica Aziendale, per l'anno 2025, baserà la propria azione su politiche orientate al coinvolgimento di tutti gli *stake-holders* aziendali in un orizzonte temporale di medio-lungo periodo grazie alle quali rimodulare in termini positivi il proprio ruolo all'interno del sistema sanitario regionale. La vision aziendale, attraverso azioni che tendono all'innovazione organizzativa e tecnologica (percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, risk management, sistema informativo, fascicolo sanitario elettronico, ecc.), pone alla base delle proprie scelte programmatiche:

- la centralità del cittadino/utente (ascolto attivo, coinvolgimento, qualità percepita, trasparenza, comunicazione esterna, ecc.) che si traduce nel miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta sanitaria;
- lo sviluppo dell'identità professionale dei dipendenti, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali (valori, legalità, comunicazione interna, formazione, ecc.).

L'attuale strutturazione della rete di offerta assistenziale (ospedaliera e territoriale) necessita di un'ulteriore spinta che conduca alla definizione di un modello di organizzazione dei servizi sanitari in linea con gli indirizzi del PNRR ed in grado di esplicitare e valorizzare il ruolo svolto da ogni soggetto all'interno dei processi aziendali e che tenga conto delle esigenze sociali.

È necessario tendere alla definizione di un modello organizzativo in grado di sfruttare al massimo le potenzialità insite nelle professionalità presenti in azienda; pertanto si ritiene indispensabile continuare nel percorso di ammodernamento dei processi aziendali, potenziando lo sfruttamento degli indispensabili strumenti messi a disposizione dalle nuove tecnologie.

Le priorità strategiche si identificano quindi:

- nell'allocazione delle risorse in coerenza con la domanda di assistenza;
- nella riorganizzazione della rete di assistenza sanitaria territoriale, anche alla luce del PNRR e del DM 77/22;
- nell'innovazione tecnologica e nella digitalizzazione dei servizi, anche alla luce del PNRR;
- nell'efficienza, efficacia ed economicità nell'utilizzo dei fattori produttivi;

- nel monitoraggio del processo di assegnazione delle risorse in linea con gli obiettivi prefissati, con la struttura dell'offerta e con le attese dell'ambiente di riferimento.

La ratio del presente documento si sostanzia nella volontà di dare attuazione agli indirizzi programmatici formulati dalla Regione e si sostanzia attraverso l'indicazione degli obiettivi strategici di seguito riportati:

- piena realizzazione delle misure previste dai provvedimenti nazionali e regionali in ragione del governo della riduzione e razionalizzazione dei costi;
- messa a regime del Piano ospedaliero regionale;
- analisi della offerta/domanda di salute al fine di prevedere percorsi "appropriati";
- valorizzazione dei servizi territoriali, riconosciuti quali strumenti di soddisfacimento del bisogno di salute ed elementi attuativi della ridefinizione dell'offerta in termini di appropriatezza;
- riqualificazione e valorizzazione dei Distretti Sanitari e della complessiva rete dell'assistenza territoriale al fine di garantire la "governance" della presa in carico e della cura dei pazienti fragili, cronici e poli cronici affinché si creino relazioni efficaci ed efficienti nel rapporto collaborativo assistenza territoriale/assistenza ospedaliera;
- progettazione e implementazione di percorsi per migliorare la qualità dei servizi consultoriali nell'ottica dell'accessibilità e dell'umanizzazione delle cure;
- semplificazione dell'accesso alla rete dei servizi e contenimento dei tempi di attesa;
- completamento dei percorsi di certificabilità del bilancio alla luce di quanto previsto nel DCA 27/2019;
- valorizzazione delle risorse umane;
- integrazione e sviluppo degli strumenti informativi;
- potenziamento degli strumenti di monitoraggio e controllo;
- miglioramento nella gestione dei sistemi di valutazione delle performance;
- potenziamento dei servizi attraverso l'innovazione tecnologica.

Gli obiettivi strategici richiedono un processo di ristrutturazione da attuarsi con nuovi modelli gestionali che, interessando l'intera architettura aziendale, siano in grado di guidare il cambiamento e valorizzare le opportunità offerte dal processo di ripensamento delle strategie d'intervento.

Il monitoraggio continuo e costante dei processi garantirà la possibilità di conoscere tempestivamente gli andamenti aziendali, onde attivare le procedure correttive in tempo utile.

L'organizzazione snella e flessibile di cui l'azienda si dota, in grado di adattarsi alle mutevoli condizioni che si presentano nell'ambiente di riferimento, garantirà l'implementazione di modelli organizzativi della "gestione per obiettivi" per perseguire gli sfidanti obiettivi strategici.

L'assetto organizzativo dell'Azienda, in grado di operare per deleghe successive, creerà canali comunicazionali in grado di tradurre gli obiettivi in strategie e quest'ultime in azioni operative.

E' ritenuto prioritario:

- realizzare azioni che, intervenendo nel campo dell'innovazione tecnologica, informatica e organizzativa, siano di sostegno all'intera operatività aziendale;
- implementare e gestire nuovi modelli di certificazione delle procedure e dei servizi;
- riqualificare il sistema informativo aziendale per una gestione integrata delle informazioni che consenta di fornire valide soluzioni a supporto del *decision making*;

- formulare un piano degli investimenti coerente con le esigenze di ammodernamento del patrimonio strutturale, impiantistico e tecnologico dell'Azienda;
- potenziare le competenze di governance;
- rafforzare la cultura del "lavoro per obiettivi".

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

La programmazione aziendale è pensata inoltre in coerenza con gli obiettivi e con le risorse messe in campo dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con riguardo agli ambiti della Missione 6 SALUTE, la quale si articola in due componenti:

1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari; di seguito la declinazione della mission:
 - a) Per la sezione “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” è prevista la

“Riforma Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima” attraverso i seguenti investimenti:

 - Case della Comunità e presa in carico della persona; - Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
 - Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).
2. Per la sezione Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale; di seguito la declinazione della mission di interesse attraverso i seguenti investimenti:
 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero;
 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile;
 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione (Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria attraverso il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)

Per l’ambito “Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico” le misure di investimento incluse sono rappresentate:

 - dalla Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN;
 - dallo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

L’Asl Napoli 2 Nord ha già programmato interventi previsti dal PNRR ed è impegnata a realizzare le relative azioni nonché a sviluppare gli altri punti di programmazione del PNRR secondo le indicazioni e

direttive regionali. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 270 del 14.12.2022 si è preso atto della programmazione degli interventi per l'attuazione della "Missione 6 Componente 1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria e Componente 2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile" e, pertanto, della programmazione sul territorio di competenza della ASL Napoli 2 Nord, dei seguenti servizi/strutture:

- n. 24 Case della Comunità;
- n. 10 Centrali Operative Territoriali;
- n. 8 Ospedali di Comunità;
- n. 3 interventi di Adeguamento Sismico.

Entro il 30/09/2024 è prevista l'attivazione delle seguenti Centrali Operative Territoriali:

OBIETTIVI DI PRODUZIONE ATTIVITA' DI DEGENZA

Con riferimento alle prestazioni assistenziali svolte in regime di degenza (ordinaria e day hospital/ day surgery), si mantengono le linee programmatiche in coerenza con le previsioni normative nazionali e regionali.

Proseguirà il lavoro per la gestione e l'ottimizzazione dei tempi di attesa, così come previsto dal Piano Regionale Gestione Liste di Attesa, applicando omogenee modalità di inserimento in lista di attesa e monitorando le tempistiche per gli interventi.

Anche nell'anno 2025 si mantengono come obiettivi da perseguire il contenimento e la riduzione, dove necessario, dei volumi di casistica di ricovero a rischio di inappropriately.

L'Azienda si propone l'obiettivo di una migliore qualità ed efficienza organizzativa nella cura della persona, dando centralità al paziente e ai suoi familiari nel corso della degenza e nel periodo immediatamente successivo. Ci si impegna ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

Nello specifico gli obiettivi che si intendono raggiungere sono:

Obiettivo Strategico 1: Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale

Azioni: Potenziamento dei percorsi di dimissione protetta; Trasferimento di specifiche attività di ricovero programmato verso percorsi ambulatoriali organizzati; Miglioramento dei valori degli indici di complessità della casistica ospedaliera, del tasso di occupazione posti letto e della produttività e della performance; Garanzia degli NSG Core e dei LEA; Garanzia delle liste e dei tempi di attesa.

Obiettivo Strategico 2: Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio

Azioni: Analisi della mobilità passiva ospedaliera; Attivazione degli ospedali di comunità, case di comunità e COT, come strumento di raccordo e integrazione ospedale territorio; Consolidamento di percorsi assistenziali integrati verso cui orientare il cittadino in cura per periodi di tempo medio-lunghi (malattie croniche).

Obiettivo Strategico 3: Migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera;

Azioni: Promozione di metodi di umanizzazione dei servizi sanitari, in particolare ai bambini e ai loro familiari e sostegno al personale sanitario sottoposto a particolari fattori di stress; Consolidamento del sistema di monitoraggio delle attività erogate, attraverso specifici indicatori; attuazione dei programmi di Antimicrobial Stewardship e implementazione locale dei protocolli di terapia antibiotica; attuazione del piano integrato aziendale delle attività per il contrasto alle Ica e all'antibiotico-resistenza; attuazione della procedura aziendale per Emogasanalisi in POCT nell'Asl Napoli 2 Nord; implementazione procedura Cartella Infermieristica Aziendale;

Obiettivo 5: Valorizzare le tecnologie digitali

Azioni: Miglioramento dell'informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei

rapporti con i pazienti e prestatori di assistenza (c.d. caregiver) per il monitoraggio e la consulenza online; Introduzione e sperimentazione della telemedicina (televisita; teleconsulto; telecooperazione sanitaria), secondo quanto previsto dalla legislazione vigente.

ATTIVITA' AREA EMERGENZA-URGENZA

Nell'anno 2023 gli accessi ai Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri Pubblici dell'ASL Napoli 2 Nord risultano pari a n. 171.567, registrando un incremento rispetto all'anno 2022 (156.123) pari complessivamente a circa il 10%.

L'analisi per codice triage evidenzia come la maggior parte degli accessi sono quelli con codice verde, seguiti da quelli con codice giallo, codice bianco, codice rosso e codice nero. Il tempo medio di attesa per i codici bianchi e verdi risulta molto al di sotto dei tempi massimi stabiliti dalle linee di indirizzo nazionali mentre per i codici gialli risulta un superamento dei tempi di 16 minuti rispetto al tempo massimo di 30 minuti (tale tendenza risulta confermata anche per il I trimestre 2024).

Di seguito si riporta la dashboard con i dati salienti dell'emergenza-urgenza dell'Asl Napoli 2 Nord.

Modalità di accesso



Codice Triage - Numero accessi e tempo medio di attesa in Pronto Soccorso

Totale Azienda					
2.437	106.882	-	59.524	-	Numero di Accessi
66	55	-	46	-	Tempo medio di attesa (Accesso - Presa in Carico)
240min	120min	60min	30min	15min	Tempo massimo di attesa "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero"

Numero accessi	Presidio	Numero Accessi - Tempo medio di attesa (Accesso - Presa in carico)					
		Bianco	Verde	Azzurro	Giallo	Arancione	Rosso
53.605	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI DI DIO	556 (90min)	24.189 (53min)	0	26.895 (49min)	0	605
41.667	OSPEDALE SAN GIULIANO	772 (50min)	30.988 (51min)	0	9.379 (29min)	0	514
21.258	OSPEDALE RIZZOLI	336 (48min)	15.884 (25min)	0	4.865 (12min)	0	171
2.798	OSP.CIV. GAETANINA SCOTTO	35 (11min)	2.216 (13min)	0	506 (12min)	0	38
52.249	OSPEDALE S.M.DELLE GRAZIE	738 (78min)	33.605 (79min)	0	17.879 (63min)	0	1.378

Classificazione nella rete di emergenza-urgenza

Presidio	Rete di emergenza-urgenza
OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI DI DIO	Pronto Soccorso
OSPEDALE SAN GIULIANO	DEA I livello
OSPEDALE RIZZOLI	Pronto Soccorso
OSP.CIV. GAETANINA SCOTTO	Pronto Soccorso
OSPEDALE S.M.DELLE GRAZIE	DEA I livello

(1) Per 641 accessi non è stata rilevata la modalità di arrivo.

RETE OFFERTA TERRITORIALE

L'offerta dei servizi territoriali nel suo insieme (specialistici, domiciliari, residenziali e semiresidenziali), dovrà adeguarsi alla variata domanda di prestazioni ed alle sempre più elevate quote di "cronicità".

Gli obiettivi generali saranno orientati verso azioni finalizzate a migliorare le seguenti aree:

- appropriatezza prescrittiva (atteso miglioramento);
- ricoveri ordinari per patologie croniche identificate (attesa riduzione);
- re-ricoveri per patologie croniche (attesa riduzione);

- spesa farmaceutica (ulteriore razionalizzazione, con particolare riferimento all'uso di antibiotici);
- riqualificazione e valorizzazione dei Distretti Sanitari e della complessiva rete dell'assistenza territoriale al fine di garantire la "governance" della presa in carico e della cura dei pazienti fragili, cronici e poli cronici affinché si creino relazioni efficaci ed efficienti nel rapporto collaborativo assistenza territoriale/assistenza ospedaliera;
- implementazione di percorsi per migliorare la qualità dei servizi distrettuali e consultoriali nell'ottica dell'accessibilità e dell'umanizzazione delle cure ("Distretto amico"); - attuazione e monitoraggio percorso nascita e percorso rosa.
- messa a regime della rete delle cure palliative e potenziamento delle persone prese in carico.

Per quanto attiene alle cure domiciliari gli obiettivi generali sono i seguenti:

- potenziamento della presa in carico in regime domiciliare, anche a supporto delle dimissioni protette ospedaliere;
- dare seguito alla DGRC 274/22 per l'adozione del modello digitale assistenza domiciliare approvato con DM 29/04/2022;
- dare seguito a quanto di competenza dell'Asl per l'implementazione del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni private per l'erogazione di cure domiciliari (DGRC 421/22, 21/23 e 71/23);
- interventi in esecuzione della DGRC 682/22 per raggiungere, entro il 2026, il target di presa in carico progressiva del 10% della popolazione over 65;
- definire il piano operativo in attuazione della DGRC 382/23 per l'erogazione delle cure domiciliari di base e la corretta registrazione nel flusso SIAD delle stesse.

Con riguardo alla specialistica ambulatoriale gli obiettivi da garantire sono:

- Migliorare le modalità di garanzia delle disponibilità delle agende, in modo particolare per quelle prestazioni che concorrono alla garanzia del rispetto dei tempi oggetto di monitoraggio;
- Aumento di attività tramite l'efficientamento e l'aumento delle disponibilità di prestazioni a disposizione dell'utente;
- Avvio presa in carico clinica da parte dello specialista (laddove attivabile) e prenotazione in carico alla struttura in caso di accertamenti diagnostici ulteriori alla visita, evitando al paziente di tornare a medico di medicina generale per le prescrizioni e al CUP per le prenotazioni, con priorità per l'area dell'oncologia;
- Gestione di pazienti complessi tramite la strutturazione di percorsi di Day Service e consolidamento di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica tramite gestione interna del followup; - Efficientamento e omogeneizzazione dei percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche.
- Garanzia degli NSG.

RISULTATI OBIETTIVI NSG ATTIVITA' PREVENZIONE

La tabella sottostante riporta i risultati degli indicatori NSG core dell'Area Prevenzione, relativamente al triennio 2021-2023 nonché al I semestre 2024. Quelli relativi al II semestre 2024 verranno pubblicati non appena acquisiti ovvero nell'aggiornamento 2026. Da tali risultati si rileva che l'Azienda nel 2023 ha raggiunto pienamente i valori soglia degli indicatori P01C, P02C, P10Z e P12Z, ed ha migliorato il trend degli indicatori P15Ca, P15Cb e P15Cc, sia pure con un decremento nella prima parte del 2024 per quanto attiene al colon retto.

Area Prevenzione

cod. NSG		Valore soglia	2021	2022	2023	Valore I Sem 24
	PROGRAMMI VACCINALI					
P01C	<i>Copertura Vaccinale nei Bambini a 24 Mesi per Ciclo Base (3 DOSI)</i>	>92%	95%	94%	97,82%	■ 94,07%
P02C	<i>Copertura Vaccinale nei Bambini a 24 Mesi per la prima dose di vaccino (MPR)</i>	>92%	95%	92%	96,86%	■ 94,56%
	SANITA' ANIMALE E SICUREZZA ALIMENTARE					
P10Z	<i>Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino</i>	>70%	99%	100%	92,25%	■ 41,80%
P12Z	<i>Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.</i>	>80%	97%	100%	100,00%	■ 77,49%
	SCREENING ONCOLOGICI					
	<i>Proporzione di persone che ha effettuato test di Screening di I livello in un programma organizzato per Cervice uterina-Mammella-Colon Retto</i>					

P15Ca	<i>Cervice Uterina</i>	>25%	18%	21%		■ 14,69%
P15Cb	<i>Mammella</i>	>35%	18%	26%		■ 20,27%
P15Cc	<i>Colon Retto</i>	>25%	14%	15%		■ 9,06%

OBIETTIVI ATTIVITA' PREVENZIONE

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) rappresenta la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica. Fondamentali nella governance della prevenzione, per tutti i livelli (centrale, regionale e locale), sono il monitoraggio e la valutazione del PNP e dei PRP (Piani Regionali della Prevenzione) per misurarne l'impatto sia nei processi sia negli esiti di salute. Strumento operativo complementare a quest'ultima funzione è l'attività di verifica degli adempimenti dei Livelli essenziali di Assistenza (LEA) e di monitoraggio dei LEA. Il PNP e i PRP svolgono un ruolo di governance e orientamento, favorendo il collegamento e l'integrazione tra le azioni previste da norme, da implementare ponendo in atto le azioni di cui al Piano della Prevenzione 2020-2025 - DGRC 600/2021.

In relazione alle indicazioni nazionali e regionali, l'ASL prosegue le attività pianificate nell'anno precedente e pianifica azioni di implementazione e sviluppo di progetti relativi al Piano della Prevenzione, sia di tipo educativo sui corretti stili di vita, sia di sensibilizzazione, attraverso campagne dedicate alla popolazione al fine di favorire la risposta e l'aderenza agli screening oncologici e alle campagne di vaccinazione.

ATTIVITA'	2025
INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI	11.000.000
MANUTENZIONE E RIPARAZIONE DELLE ATTREZZATURE SANITARIE	4.500.000
ACQUISTO APPARECCHIATURE ELETTRONICHE ELETTRONICHE	4.500.000
CANONI NOLEGGIO AREA SANITARIA	2.000.000
	22.000.000

AREA SALUTE MENTALE

- Controllo dei ricoveri degli utenti, di competenza territoriale, attraverso le Unità Valutative Multidimensionali;
- Garantire la consulenza psichiatrica e/o psicologica e la presa in carico dei pazienti con disagio e patologie psichiche;
- Favorire il reingresso nella società attraverso attività educative, di apprendimento sociale e di sviluppo delle capacità cognitive;
- Promuovere il sostegno alla vita domiciliare, l'aiuto alla gestione di alloggi comunitari, la gestione di attività socializzanti e di inserimento lavorativo;
- Collaborare alla formulazione di percorsi di inserimento lavorativo attraverso la stipula di specifici protocolli con agenzie pubbliche, private e del privato sociale;

- Operare in modo integrato con le strutture sociosanitarie, per la elaborazione di specifici progetti, in riferimento alla presa in carico e alla valutazione di pazienti in situazioni multiproblematiche;
- Garantire il rispetto dei valori target degli indicatori NSG CORE;
- Garantire il percorso clinico-organizzativo di prevenzione, diagnosi, cura, ri-abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico, attraverso la riorganizzazione della rete autismo;
- Attuare il Piano Regionale per il Contrasto dei Disturbi della nutrizione e dell'Alimentazione attraverso il potenziamento dell'attività ambulatoriale per i DNA e l'attivazione della semiresidenzialità.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura garantisce: - la tempestiva e adeguata modalità di accoglienza; - la formulazione/riformulazione della diagnosi; - l'impostazione di strategie terapeutiche immediate; - la riduzione/superamento della condizione clinica critica; - l'effettuazione coordinata di accertamenti vari e complessi;

- l'osservazione e monitoraggio clinico; - la riconnessione dei rapporti di rete familiare; - le connessioni con l'Unità Operativa di Salute Mentale del territorio di pertinenza del paziente al fine di garantire concretamente la continuità terapeutica.

AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

- programmazione, gestione, verifica e valutazione degli interventi e delle azioni rivolte alle dipendenze patologiche nell'ambito della tutela della salute, della prevenzione, della socio-riabilitazione e della riduzione dei danni e dei rischi per le dipendenze patologiche;
- garanzia dei LEA di cui agli artt. 28 e 35 del DPCM del 2017 secondo le linee guida ministeriali in relazione alle attività di: prevenzione- cura - presa in carico- riabilitazione dei pazienti affetti da dipendenze patologiche, con particolare riferimento al gioco d'azzardo;
- organizzazione dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti in modo coerente con l'assistenza ordinaria e raccordata con il circuito dei servizi dipartimentali e di quelli accreditati.

PREVENZIONE

Di seguito si riportano le strutture a disposizione, e la loro distribuzione sul territorio, relativamente ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, Igiene degli alimenti e della nutrizione, Prevenzione e sicurezza sugli ambienti di lavoro, Sanità pubblica veterinaria, ecc.

Articolazione Dipartimenti di Prevenzione	Comune
Dipartimento di Prevenzione – sede Dipartimentale	Casavatore
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Pozzuoli
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Casoria
U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Pozzuoli
U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Caivano
U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Casoria
U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Casavatore
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro e Medicina del Lavoro	Casavatore

U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro e Medicina del Lavoro	Qualiano
U.O.C. Epidemiologia e Prevenzione	Casavatore
U.O.C. Epidemiologia e Prevenzione	Afragola
U.O.C. Sanità Animale	Marano
U.O.C. Sanità Animale	Caivano
U.O.C. Sanità Animale	Bacoli
U.O.C. Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati	Casavatore
U.O.C. Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati	Ischia
U.O.C. Igiene della Produzione, Trasformazione, commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati	Pozzuoli
U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche	Casoria
U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche	Villaricca
U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche	Pozzuoli

PERSONALE DIPENDENTE: ANALISI COSTI E PROGRAMMAZIONE

Il tetto di spesa per il personale dipendente dell’Azienda è stato fissato, da ultimo, dalla DGRC 148 del 2024 in euro **245.359.092,20**. Si specifica che tale tetto di spesa, ai sensi della suddetta DGRC e degli atti in essa richiamati, è al netto dei costi relativi a: - assunzioni obbligatorie ex Legge 68/1999; - rinnovi contrattuali personale post 2004; - personale della sanità penitenziaria (incluse le REMS); - personale finanziato con contributi provenienti da privato; - personale finanziato con contributi provenienti dall’Unione Europea; - personale finanziato con fondi destinati alla ricerca; - spese per la formazione e le missioni (indennità e rimborsi); - incremento fondi contrattuali legge 205/2017 art 1 comma 435 bis; - personale emergenza COVID 19, solo se prorogati oltre il 31/12/2022 a seguito di provvedimenti nazionali; - personale assunto per attività derivanti dall’applicazione della normativa concernente il PNRR per la parte relativa al potenziamento dell’assistenza territoriale (CDC, COT, ODC), in deroga al limite di spesa.

PTFP 22-24

Di seguito si riporta la tabella del PTFP 22-24 di cui alla Deliberazione N. 129 del 24/01/2024

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 190/2023, DM 08,05,18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 546/2022

ASL NAPOLI 2 NORD	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2021 *	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022	PTFP 2023	PTFP 2024
RUOLO SANITARIO	2.746	5.014	37	2.268	708	372	263	73
Dirigenti Medici	874	1.436	11	562	144	75	55	14
Dirigenti Sanitari	85	336	3	271	71	29	18	24
Personale del comparto area sanitaria	1.807	3.242	23	1.435	493	268	190	35
di cui personale infermieristico	1.553	2.075	21	522	341	196	120	25
di cui infermieri di famiglia				-	-	-	-	-
RUOLO TECNICO	671	1.214	12	543	319	205	93	21
Dirigenti	28	45	1	17	4	-	3	1
Personale del comparto area tecnica	643	1.169	11	526	315	205	90	20
di cui OSS	402	761	9	359	233	178	50	5
di cui Assistenti Sociali	40	159	2	119	31	20	6	5
RUOLO PROFESSIONALE	11	16	-	5	5	3	2	-
Dirigenti	8	12	-	4	4	3	1	-
Personale del comparto area professionale	3	4	-	1	1	-	1	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	417	648	1	231	177	131	25	21
Dirigenti	19	30	-	11	7	4	2	1
Personale del comparto area amministrativo	398	618	1	220	170	127	23	20
TOTALE	3.843	6.892	50	3.047	1.209	711	383	119

* personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM77/22 (Tabella DM77)

PTFP 23-25

La programmazione del 2025, nell'ambito del fabbisogno triennale del personale dipendente 23-25, in coerenza del massimale del suddetto tetto di spesa previsto dalla DGRC 148 del 2024 in euro 245.359.092,20, è in via di definizione.

AREA ASSISTENZA PRIVATA ACCREDITATA/CONVENZIONATA

Le previsioni dei costi dell'Area dell'assistenza privata accreditata tengono conto dei più recenti tetti fissati dalla Regione con Delibere di Giunta, tra i quali si citano i principali:

- DGRC n. 405 del 31/07/2024 ad oggetto *“Determinazione dei limiti di spesa e dei relativi contratti con le case di cura private per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di Assistenza Ospedaliera erogate nell'esercizio 2024 - assegnazione provvisoria suscettibile di modifiche in corso d'anno”*;
- D.G.R.C. n. 341/2024 – avente ad oggetto *“Definizione per gli esercizi 2024-2025 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione”*;
- D.G.R.C. n. 342/2024 – avente a oggetto: *“Definizione per gli esercizi 2024-2025 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti la macroarea Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice, SUAP, Comunita' residenziali e semiresidenziali per soggetti affetti da dipendenze patologiche”*;
- DGRC n° 800/2023 che ha stabilito per l'esercizio 2023 ed, in via provvisoria, per l'esercizio 2024, i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa alle strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale

Di seguito si espone la tabella delle voci del CE previsionale 2025 dell'assistenza sanitaria privata accreditata/convenzionata.

DESCRIZIONE	PREVENTIVO 2025	Preventivo 2024	▲	▲%
B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	236.869.228	233.189.167	3.680.060	1,58%
B.2.A.3.8) - da privato	131.836.089	130.624.874	1.211.215	0,93%
B.2.A.3.8.G) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	131.836.089	130.624.874	1.211.215	0,93%
B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	87.533.128	84.785.807	2.747.320	3,24%
B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale)	56.625.000	54.057.000	2.568.000	4,75%
B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)	245.576	345.959	-100.384	-2,02%
B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	373.310.326	362.395.286	10.915.040	3,01%
B.2.A.7.4) - da privato	66.154.005	64.869.620	1.284.385	1,98%

B.2.A.7.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private	66.154.005	64.869.620	1.284.385	1,98%
B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	13.524.336	14.231.963	-707.628	-4,97%
B.2.A.8.4) - da privato (intraregionale)	10.227.952	10.251.254	-23.301	-0,23%
B.2.A.8.5) - da privato (extraregionale)	3.296.383	3.980.710	-684.327	-1,19%
B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	6.150.720	6.134.595	16.125	0,26%
B.2.A.10.4) - da privato	5.808.892	5.777.655	31.237	0,54%
B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	22.368.149	21.143.526	1.224.623	5,79%
B.2.A.12.5) - da privato (intraregionale)	22.090.176	20.702.024	1.388.152	6,71%
B.2.A.12.6) - da privato (extraregionale)	277.973	441.502	-163.529	-3,04%
B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.518.534	4.308.704	209.831	4,87%

B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	1.628.119	2.452.625	-824.506	-3	62%
---	-----------	-----------	----------	----	-----

PIANO INVESTIMENTI

Di seguito si espone la tabella previsionale aziendale per gli investimenti di informatica, telecomunicazioni e elettromedicali nonché per i canoni di noleggio dell'area sanitaria, in considerazione anche di quanto previsto in termini di investimenti PNRR, PNC, POR-FESR etc., per un totale di 22 milioni di euro.

ATTIVITA'	2025
INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI	11.000.000
MANUTENZIONE E RIPARAZIONE DELLE ATTREZZATURE SANITARIE	4.500.000
ACQUISTO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	4.500.000
CANONI NOLEGGIO AREA SANITARIA	2.000.000
	22.000.000

Per quanto attiene al programma dei **lavori** si riporta l'elenco degli interventi previsti per l'anno 2025 con la relativa fonte di finanziamento, per un totale di oltre 87 milioni di euro.

Piano Triennale Azioni Positive 2022-2025

La proposta di Piano triennale è redatta in ottemperanza alle disposizioni dell'art.2. Lgs. 125/91 (Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro"), del D.lgs. 151/2001 e s.m.i. (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche") del D. Lgs. 165/2001, e s.m.i. ("Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche") che prevede tra l'altro l'obbligo e le sanzioni per amministrazioni inadempienti all'art. 6, c.6, disponendo il blocco dell'assunzione di nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette, e recepisce la Direttiva Ministeriale Pari Opportunità nella P.A del 23 maggio 2007, (circa le "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche" come da direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, con lo scopo di assicurare l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego, nel rispetto delle disposizioni per attuare il principio della parità per l'accesso al lavoro, le condizioni di lavoro, compresa la retribuzione adeguata e paritaria, la promozione, la formazione, i regimi professionali e la sicurezza). Del D.Lgs. del 3 agosto 2009, n.106 che ha disciplinato la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, prevedendo l'obbligo di includere nel documento di valutazione dei rischi, quello derivante da stress lavoro correlato, e di elaborare le indicazioni necessarie per l'identificazione e la valutazione) del D.Lgs. 215/2003 e s.m.i. (Attuazione della Direttiva 2000/43 CE per la parità di trattamento tra le persone) del D.Lgs. 216/2003 e s.m.i. (Attuazione della Direttiva 2000/78 CE in tema di divieto di discriminazione al momento dell'assunzione e durante la vigenza del contratto (settore pubblico e privato) del D. Lgs. 198/06, e s.m.i. ("Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della Legge 28 novembre 2005, n. 246"), della L. 183/2010 e s.m.i. (Deleghe al Governo in materia di lavoro usuranti, di riorganizzazioni di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi

all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie del lavoro) della Direttiva del Consiglio dei Ministri 7/3/97 (Azioni volte a promuovere l'attribuzione di poteri e responsabilità alle donne, a riconoscere e garantire la libertà di scelta e qualità sociale a donne e uomini) e nel rispetto della Costituzione Italiana agli art. 3, 37, 51.

Il Piano delle azioni positive recepisce oltre alla normativa nazionale quanto adottato in Regione Campania con la Delibera della Giunta Regionale n. 234 del 24.04.2018 "Approvazione del piano triennale delle azioni positive 2018-2020" e s.m.i.

1. monitorare la situazione del personale al fine di verificare la sussistenza di eventuali discriminazioni: verrà quindi svolta un'analisi dei dati di genere in relazione all'avanzamento di carriera, alla mobilità del personale e all'accesso alla formazione;
2. favorire l'informativa, sui dati di genere, evidenziandone i relativi trend evolutivi.
3. verificare l'equilibrata costituzione delle commissioni per le procedure di concorso, e di ogni altra procedura selettiva, secondo quanto stabilito dall'art. 51 e 57, comma 1, del Decreto Legislativo n. 165/2001, nonché l'assenza di discriminazioni di genere nei bandi di concorso e nelle prove concorsuali.
4. garantire l'assenza di discriminazioni di genere nelle procedure di mobilità interna.

Ambiti di intervento di durata triennale

OBIETTIVI	UOC COINVOLTE	Aree del CUG
<p>Obiettivo 1 Sulla scia dell'esperienza di lavoro agile, vissuta durante l'emergenza Covid 19, compatibilmente, con le disponibilità economiche, favorire l'integrazione nell'attività lavorativa delle persone disabili o affette da patologie atte a ridurre la capacità di movimento, sensoriali, psichiche o mentali della nostra ASL, fornendo corsi di formazione adeguati.</p>	<p>UOC GRU UOC Tecnologie informatiche e ingegneria clinica UOC Formazione Direzione Amministrativa</p>	<p>Mobbing e SLC</p>
<p>Obiettivo 2 Individuare un Mobility Manager competente in ingegneria ed informatica per: – effettuare una disamina di quanto previsto dalla normativa in materia; – eseguire un'analisi della domanda di mobilità presso l'organizzazione; – eseguire un'analisi dell'offerta di trasporto (trasporto pubblico, sharing mobility, disponibilità di parcheggi, ecc.) – analizzare le caratteristiche del contesto territoriale, nonché socio-economico di riferimento; – identificare strategie da adottare ed azioni da porre in essere per incentivare la mobilità sostenibile (interventi infrastrutturali, iniziative di sensibilizzazione, accordi con gli stakeholder della mobilità, ecc.) – impostare un sistema di monitoraggio</p>	<p>UOC GRIT UOC GRU UOC Tecnologie Informatiche ed ing. clinica UOC Affari Generali Direzione Amministrativa,</p>	<p>Benessere Organizzativo Pari opportunità</p>

(definizione della metodologia e degli indicatori).		
<p>Obiettivo 3 Iniziative e piccoli adeguamenti architettonici finalizzate ad umanizzazione degli spazi di Cura e quindi alla percezione di benessere per tutti gli utilizzatori (operatori ed utenti).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ricognizione di eventuali barriere architettoniche e loro abbattimento. 2. Allestire i vari ambienti sanitari che accolgono bambini (reparti pediatrici, centri vaccinali e riabilitativi) con dipinti “in tema” e tecnologie/device usufruibili alle loro (video proiezioni, giochi interattivi, fumetti ecc.) <p>[Http://www.ospedalidipinti.it]</p>	<p style="text-align: center;">UOC GRIT DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</p>	<p style="text-align: center;">Benessere organizzativo</p>
<p>Obiettivo 4 Incrementare il numero di convenzioni a beneficio del personale, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RSA e strutture aziendali che si occupano di disabili e anziani al fine di far beneficiare i dipendenti ASL di tariffe agevolate per la gestione diurna dei parenti ed incremento dei giorni di lavoro. • Asili nido, scuole per l’infanzia al fine di far beneficiare i dipendenti della ASL di tariffe agevolate per l’iscrizione e la frequenza dei propri figli e nipoti; • Palestre per corsi di yoga e pilates al fine di promuovere stili di vita salutari • Individuare spazi e personale per la gestione autonoma di Asilo Nido/Ludoteca aziendale, fruibile per il personale e per l’utenza, in un quadro di compatibilità con le disponibilità economiche dell’Amministrazione. • Redazione di un codice etico e contro le molestie sessuali 	<p style="text-align: center;">UOC Affari Generali UOC GRU UOSD ANZIANI DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE UOC PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE</p>	<p style="text-align: center;">Benessere organizzativo Mobbing e SLC</p>
<p>Obiettivo 5 In attuazione del Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, previsto</p>	<p style="text-align: center;">Direzione Generale Direzione Sanitaria</p>	<p style="text-align: center;">Pari Opportunità</p>

<p>dall'articolo 3 della Legge 3/2018 e siglato l'11/04/2023 dal Ministero della Salute e Ministero dell'Università e della Ricerca, d'implementare specifici percorsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • clinici, di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; • Ricerca e innovazione • Formazione • Comunicazione • Istituzione Tavolo Aziendale per la Medicina di Genere. 	<p>UOC Formazione, UOC Cure Primarie</p>	<p>Mobbing e SLC</p>
<p>Obiettivo 6 Favorire il senso di appartenenza aziendale con interventi di solidarietà aziendale, di socializzazione e di partecipazione aziendale, attraverso meccanismi operativi quali:</p> <p>1) banca delle ore o banca delle ferie 2) attività aggregative aziendali al fine di stimolare il senso di appartenenza all'Azienda 3) condivisione democratica della mission e delle prassi aziendali attraverso discussioni con il personale aziendale periodica, al fine di un'adesione consapevole alle scelte esecutive imposte dai vertici</p> <p>4) In attuazione del Direttiva 2/19 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche":</p> <p>4.1) Osservare il principio di pari opportunità nelle procedure di reclutamento (art. 35, comma 3, lett. c), del d.lgs. n. 165 del 2001) per il personale a tempo determinato e indeterminato</p> <p>4.2) Adottare iniziative per favorire il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussista un divario fra generi non inferiore a due terzi;</p> <p>4.3) Tenere conto, in generale, nelle determinazioni per l'organizzazione degli uffici e per la gestione dei rapporti di lavoro, del rispetto del principio di pari</p>	<p>UOC GRU Direzione Generale</p>	<p>Pari opportunità Mobbing e SLC</p>

<p>opportunità (articolo 5, comma 2, del d.lgs. 165/2001).</p> <p>4.4) Uso del genere nel linguaggio amministrativo</p>		
<p>Obiettivo 7 Attuazione di progetti di Diversity Management per aumentare la produttività e benessere lavorativo. Le aree specifiche individuate sono:</p> <p>A) Differenze di Genere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ verificare la reale consistenza di manager e direttori Uomo/Donna/LGBTI, ○ attuare una politica che ne riduca in modo efficace il gap, ○ realizzare il questionario ANAC ogni anno, che riguarda Benessere organizzativo, ○ Condividere il sistema di valutazione e valutazione del superiore gerarchico. <p>B) Età: la valutazione del telelavoro.</p> <p>C) Orientamento sessuale si propone:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Attivare il Libretto di Lavoro ALIAS per il personale transgender ○ Supporto al Coming Out per il personale LGBTI <p>D) Disabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Corso di Formazione specifico per apprendere per disabilità psichica, mentale, fisica, sensoriale, quali strumenti di domotica o di altro tipo si debbano mettere in atto, incluso il telelavoro e abbattimento barriere architettoniche come sopra, per il personale convenzionato e dipendente. <p>E) Origini culturali: Corso di Formazione specifico per apprendere le varietà culturali e religiose dei cittadini italiani e delle varie realtà della nostra azienda</p>	<p>UOC Affari Generali, UOC GRU UOC Formazione DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</p>	<p>Benessere Organizzativo</p>

Performance: il calendario delle attività				
Data	Riferimento	Amministrazione		OIV
31 gennaio	art. 10, comma 1, let. a) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibera Anac n. 112/2010	Piano della <i>performance</i>		
Entro 30 gg dall'adozione del Piano della <i>performance</i>	art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibere Anac n. 6/2013 (cap. 3.5) e n. 23/2013			Monitoraggio di I livello sull'avvio del Ciclo della <i>performance</i>
30 aprile	art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibere Anac n. 4/2012 e n. 23/2013		Eventuale aggiornamento del Sistema di misurazione e valutazione delle <i>performance</i> Eventuale pubblicazione /aggiornamento degli Standard di qualità	Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni. Monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi individuali per il personale dirigente e non dirigente
30 giugno	art. 10, comma 1, let. b) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibera Anac n. 5/2012	Relazione sulla <i>performance</i>		Realizzazioni di indagini sul personale dipendente ai sensi dell'articolo 14 comma 5 del D. Lgs. 150/09 (Benessere organizzativo).
15 settembre	art. 14, comma 4, lettera c) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibere Anac n. 6/2012 e n. 23/2013			Documento di validazione e sintesi delle carte di lavoro
30 novembre	art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. n. 150/2009 Delibera Anac n. 23/2013			Monitoraggio premiabilità

RISCHI CORRUTTIVI (LEGGE N. 190/2012 E D.L. N.33/2013)

PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - Triennio 2024 – 2026 - Aggiornamento anno 2025, redatto dal Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'ASL Napoli 2 nord, dott.ssa Giuseppa Caccavale, coadiuvato dal proprio gruppo di supporto.

Il presente atto di aggiornamento per l'anno 2025, approvato anche con un coinvolgimento attivo degli organi di indirizzo politico amministrativo di questa Azienda e sentiti, con avviso sul sito istituzionale aziendale, gli stakeholder interni ed esterni, e concepito come uno strumento utile alla gestione dell'intero processo relativo alle attività della prevenzione della corruzione e della trasparenza, si inserisce in un momento storico singolare, connotato, tra l'altro, dall'avvio del programma europeo per il PNRR.

Passato il contesto pandemico, che sicuramente ha danneggiato il perseguimento degli obiettivi di trasparenza preposti con la programmazione degli anni precedenti, si ritiene che tale documento è oggi importante anche quale pianificazione alla luce delle novità tecnologiche ed organizzative introdotte dall'Azienda nell'ambito della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nel corso degli ultimi anni e nell'ottica dell'attivazione degli ospedali e case di comunità.

Questo aggiornamento annuale del Piano confluisce nel nuovo strumento programmatico, introdotto con il D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella L. 113 del 6 agosto 2021, il c.d. Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), il cui obiettivo è quello di raccogliere diversi strumenti di programmazione in un piano unico, diventandone una sua "sezione".

Nell'anno 2024, con la nomina del nuovo RPCT si è provveduto a ripristinare una serie di attività, in relazione soprattutto alle sezioni del PTPCT che partivano da un contesto non proprio soddisfacente dagli anni precedenti, quali la trasparenza/pubblicazioni e gli incarichi e consulenze. Sono state garantite le attività in materia di monitoraggio dei consulenti e dei collaboratori; sono stati individuati ed aggiornati i nuovi referenti sia per l'anticorruzione che la per la trasparenza per ogni struttura aziendale, fermo restando tutte altre attività istituzionali previste dal PTPCT e dall'ANAC.

L'avvio del programma europeo Next Generation EU (NGEU), strumento temporaneo per una robusta ripresa dell'economia europea all'insegna della transizione ecologica, della digitalizzazione, della competitività, della formazione e dell'inclusione sociale, territoriale e di genere, ha richiesto ad ogni Stato membro la predisposizione di un Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), al fine di garantire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi indicati a livello europeo.

Il Decreto-Legge 31 maggio 2021, n. 77, che definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, stabilisce a grandi linee i tre capisaldi che guideranno i cambiamenti nella Pubblica Amministrazione:

- Digitalizzazione;
- Reingegnerizzazione dei processi;
- Semplificazione.

Il Legislatore, consapevole del ruolo nevralgico che assumeranno le amministrazioni pubbliche nella realizzazione degli interventi previsti nel PNRR, con il Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha definito un modus operandi a "rete" teso a garantire il rafforzamento della capacità funzionale delle stesse. In particolare, all'art. 6 del citato decreto-legge ha introdotto uno strumento unico di pianificazione delle amministrazioni pubbliche – il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) – che, anche in un'ottica di semplificazione degli strumenti programmatici esistenti, dovrebbe determinare una logica integrata di pianificazione rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle stesse.

Alcuni degli obiettivi strategici previsti nel PIAO – semplificazione e digitalizzazione di procedure, facile

accessibilità alle amministrazioni da parte dei cittadini e delle imprese, sia fisica che digitale, una gestione del personale che miri alla valorizzazione professionale e culturale, una piena trasparenza amministrativa – si combinano e si intrecciano con gli obiettivi e le misure di prevenzione della corruzione, con la medesima finalità di guidare le amministrazioni pubbliche al corretto e responsabile utilizzo delle risorse e al continuo miglioramento organizzativo e funzionale delle stesse.

La strategia di contrasto della corruzione e delle forme di “cattiva amministrazione” assume dunque sempre maggiore centralità e si rafforza nei suoi connotati “strutturali” di prevenzione amministrativistica, con strumenti integrati e obiettivi strategici condivisi, costituendo fattore di stimolo per il miglioramento dei processi organizzativi.

Con l’attività prevista per il 2025 si continuerà a dare piena attuazione all’infrastruttura preventiva realizzata tramite la messa in esercizio del Portale Amministrazione Trasparente, il quale, alimentato dai referenti delle singole strutture aziendali, è allo stato pienamente operativo e ben collaudato, nonché in continua implementazione.

Al fine di assicurare maggiore incisività ed efficienza all’azione volta a garantire l’applicazione dei principi ispiratori della materia, alla luce dell’attività di formazione del personale dipendente svolta fino a questo momento, nel corso dell’anno 2025 si continuerà il monitoraggio dell’adempimento degli obblighi di trasparenza gravanti in capo alle singole strutture ricorrendo principalmente agli strumenti di rilevazione offerti dal portale aziendale.

Le suddette azioni preventive saranno perseguite anche tramite la piattaforma dedicata al cd. “Whistleblowing”, aggiornata ai sensi del D. Lgs. n. 24/2023.

In conclusione, nel corso del 2025 si continuerà il percorso fondato principalmente sulla semplificazione e digitalizzazione delle procedure amministrative in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione, orientato all’impiego efficiente ed efficace delle risorse aziendali, con implementazione del sito “Amministrazione trasparente” direttamente dai referenti delle singole articolazioni aziendali con abilitazione da parte del detentore del portale.

Normative e direttive

- Legge 6 novembre 2012, n. 190, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.
- Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, “Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell’articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, “Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, entrato in vigore in data 19 giugno 2013.
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”
- Circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, “Legge n. 190 del 2012 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella

pubblica amministrazione” e n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto “D.Lgs. n. 33 del 2013 - attuazione della trasparenza”.

- Linee di indirizzo 13.03.2013 del Comitato Interministeriale contenenti le prime indicazioni sui contenuti fondamentali del Piano Nazionale Anticorruzione e sui contenuti essenziali dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione.
- Intesa in Conferenza unificata sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e adottato in data 11 settembre 2013 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 72/2013.
- Delibera della CIVIT n. 75/2013 “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche (art. 54, comma 5, d.lgs. n.165/2001);
- Delibera dell’ANAC n. 146/2014 in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione nonché dalle regole sulla trasparenza dell’attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati;
- Delibera dell’ANAC n. 149/2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”.
- D.L. n. 66 del 2014 Misure urgenti per la Competitività e la giustizia Sociale
- D.L. n.90 del 24 giugno 2014 convertito con modificazione in L. 11 agosto 2014
- n. 114 “Misure Urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”.
- Circolare n. 6 del 2014 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione Interpretazione e applicazione dell’articolo 5, comma 9, del decreto-legge n.95 del 2012, come modificato dall’articolo 6 del decreto-legge 24 giugno 2014, n.90
- Delibera dell’ANAC n.10 del 2015 “Individuazione dell’autorità amministrativa competente all’irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art.47 del d. lgs.33/2013)”.
- Delibera dell’ANAC n 22 del 2014 pubblica il 15 dicembre 2014 “Attuazione delle disposizioni di cui agli artt. 9, comma 7 e 10, commi 3 e 4 lettere a) e b) del decreto-legge 24 aprile 2014 n.66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89”
- Determinazione dell’ANAC n.1 del 2015 “Criteri interpretativi in ordine alle disposizione dell’art. 38, comma 2-bis e dell’art.46, comma 1-ter del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163”.
- Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all’ANAC
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”, con particolare riguardo all’Area rischio Contratti pubblici.
- Delibera dell’ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 “Aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione”, con particolare riguardo alla parte VII – Sanità.
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e di limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”.
- Determinazione ANAC n. 358 del 29/03/2017 “Linee guida per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”.
- Circolare n. 2 del 20 maggio 2017 del Ministero per la semplificazione e l P.A.
- “Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA).
- Delibera dell’ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 “Approvazione definitiva dell’aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”

- Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001”.
- ANAC – “Schema di Piano Nazionale Anticorruzione 2019 – 2021”.
- Delibera ANAC n. 494 del 5 giugno 2019 “Linee guida per l’individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici”.
- Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)”;
- Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2022 “Piano Nazionale Anticorruzione 2022”;
- Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 “Piano Nazionale Anticorruzione- Aggiornamento 2023”;
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella L. 113 del 6 agosto 2021;
- D.L. 36 del 30 aprile 2022;
- L. 197 del 29 dicembre 2022;
- D. Lgs. n. 24/2023;
- Atto Aziendale ASL Napoli 2 nord, adottato con deliberazione n. 2131 del 21.11.2023.

Obiettivi e azioni del piano

Con la delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l’Aggiornamento 2023 del PNA 2022. La scelta, per quest’anno, è stata quella di novellare l’attenzione sul settore dei contratti pubblici e sull’affidamento degli incarichi e la composizione delle commissioni concorsuali, verificando gli impatti anche sulla predisposizione di presidi di anticorruzione e trasparenza. Com’è noto, la disciplina in materia di appalti è stata innovata dal d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”, intervenuto in costanza di realizzazione degli obiettivi del PNRR/PNC e in un quadro normativo che, come indicato nel PNA 2022, presenta profili di complessità per via delle numerose disposizioni derogatorie via via introdotte.

Ciò nonostante, ad avviso dell’Autorità, la parte speciale del PNA 2022 dedicata ai contratti pubblici risulta sostanzialmente ancora attuale. Pertanto, con l’Aggiornamento, si intendono fornire solo limitati chiarimenti e modifiche a quanto previsto nel PNA 2022, al fine di introdurre, ove necessario, riferimenti alle disposizioni del nuovo Codice.

Il presente Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) si colloca in una fase storica complessa. Una stagione di forti cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall’Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell’Europa dell’Est.

L’ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall’altra, ad avviso dell’Autorità, richiedono il rafforzamento dell’integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l’attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative.

Gli impegni assunti con il PNRR coinvolgono direttamente le pubbliche amministrazioni, incidono in modo significativo sull’innovazione e l’organizzazione e riguardano, in modo peculiare, il settore dei contratti pubblici, ambito in cui preminente è l’intervento dell’ANAC. Circa l’organizzazione delle pubbliche amministrazioni, novità nel sistema dell’anticorruzione e della trasparenza sono state previste dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”.

Il legislatore ha introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), che deve essere adottato annualmente dalle amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n.165/2001 (escluse le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative) e in cui la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza è parte integrante, insieme ad altri strumenti di pianificazione, di un documento di programmazione unitario.

L'ASL Napoli 2 nord adempie al dettato normativo di cui all'art. 1, comma 8, della legge 190/2012, che prevede l'aggiornamento annuale del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2024-2026 (di seguito anche Piano o PTPCT).

L'Azienda riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione e della trasparenza, di cui al PNA 2022 e dei relativi aggiornamenti, quali essenziali al perseguimento della mission aziendale e delle proprie funzioni istituzionali e, a tal fine, adotta e sviluppa un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti basato su:

1. "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, e sul "Codice di comportamento aziendale" adottato ai sensi dell'art. 54 d.lgs. 165/2001 e della delibera CIVIT n. 75/2013, con deliberazione aziendale n. 647 del 2019;
2. Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 in materia di "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" come modificato da D. Lgs. n. 97 del 25.05.2016 (FOIA);
3. Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, in materia di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi;
4. Piano Nazionale Anticorruzione 2022 approvato con del. ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 e relativo aggiornamento, approvato con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023.

Mediante l'approvazione del presente aggiornamento del Piano, nel quale sono indicati i progetti e le iniziative che si intendono perseguire, l'Azienda ha lo scopo del miglioramento della qualità delle misure di prevenzione già in atto, tali da:

- far sì che le opportunità in cui si manifestino casi di corruzione siano ridotte;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione con un maggior coinvolgimento delle Strutture;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione valorizzando la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio.

Il Piano vuole realizzare inoltre le seguenti finalità:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti e prevedendo per tali attività obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione alla corruzione;
- fornire il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di illegalità;
- stabilire gli interventi organizzativi, di formazione e controllo volti a prevenire il medesimo rischio;
- indicare le procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti a fenomeni di corruzione, prevedendo l'eventuale rotazione dei dirigenti e dei funzionari;
- monitorare il rispetto dell'attuazione delle misure di prevenzione previste nel piano;
- monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;
- adottare misure che garantiscano il rispetto delle norme del Codice di Comportamento e l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri comportamentali;
- adottare misure che garantiscano la vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità;

- adottare misure e procedure per la rilevazione e gestione dei conflitti, di interesse, dei casi di incompatibilità e svolgimento di incarichi esterni;
- attuare la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative, necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo di gestione del rischio, sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione.

Con l'adozione del Piano l'Azienda intende:

- acquisire maggiore consapevolezza sui potenziali rischi di corruzione ai quali l'attività dell'Azienda è esposta, responsabilizzando tutto il personale su tali rischi e in generale sui temi della legalità;
- creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che porti a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione aziendale;
- fornire ai Direttori e ai Responsabili delle varie articolazioni aziendali un sistema organico di principi e regole da veicolare a tutti i dipendenti ed operatori addetti alle strutture cui sono preposti, per prevenire ogni forma di illegalità;
- assicurare piena accessibilità e trasparenza delle procedure consentendo forme diffuse di controllo sociale a tutela della legalità, della cultura dell'integrità e dell'etica pubblica;
- garantire una buona gestione delle risorse pubbliche attraverso il miglioramento continuo nell'uso delle stesse e nell'erogazione dei servizi;
- promuovere sempre maggiori livelli di trasparenza;
- rafforzare e informatizzare i flussi informativi tra strutture e RPCT e individuare con chiarezza compiti, ruoli e responsabilità di ciascuno;
- promuovere maggiore condivisione con gli stakeholders;
- rendere conto della correttezza ed efficacia dell'azione amministrativa dell'ASL Napoli 2 nord, garantendo la massima trasparenza sull'andamento dell'Azienda;
- sensibilizzare i cittadini e gli stakeholders esterni alla politica anticorruzione dell'ASL, acquisendo le loro valutazioni, proposte e suggerimenti per l'elaborazione del piano e dei suoi aggiornamenti e rafforzando il rapporto fiduciario.
- sviluppare una rete di collaborazione esterna con altri soggetti istituzionali per la valorizzazione dei temi della prevenzione corruzione e trasparenza.

A tal proposito, di seguito, si inserisce l'attività di consultazione pubblica, avvenuta mediante pubblicazione sul sito web istituzionale, in data 30.09.2024, dell'avviso per la proposta di modifica per l'aggiornamento del Piano Triennale, come di seguito:



AVVISO PUBBLICO

al fine di acquisire proposte e/o osservazioni per l'aggiornamento e predisposizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2024 – 2026 aggiornamento anno 2025 dell'A.S.L. NAPOLI 2 NORD

Nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2024- 2026 aggiornamento anno 2025, pubblicato sul sito internet istituzionale www.aslnapoli2nord.it, amministrazione trasparente > disposizioni generali, è contenuta la strategia di prevenzione della corruzione e della illegalità all'interno dell'ASL Napoli 2 nord.

Il Piano è adottato in attuazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei Decreti Legislativi delegati, nonché in attuazione del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e delle Linee guida, direttive e disposizioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

La predetta normativa impone di provvedere all'aggiornamento annuale del Piano entro il 31 gennaio di ogni anno.

A tale fine si ritiene particolarmente utile raccogliere il contributo offerto attraverso la presentazione di eventuali proposte e/o suggerimenti dagli stakeholders interni ed esterni e da parte di tutti i cittadini che fruiscono dei servizi prestati dall'ASL Napoli 2 nord.

Qualsiasi stakeholder interno ed esterno fosse interessato a partecipare all'aggiornamento del Piano può far pervenire al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza osservazioni, proposte o suggerimenti entro **lunedì 30 novembre 2024** tramite PEC protocollo@pec.aslnapoli2nord.it o tramite email protocollo@aslnapoli2nord.it utilizzando il modulo allegato.

Frattamaggiore, 25 settembre 2024

Il Responsabile della Prevenzione
della Corruzione e della Trasparenza
Dr.ssa. Giuseppa Caccavale

Il sistema organico di prevenzione della corruzione, introdotto nel nostro ordinamento, prevede l'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione, da realizzarsi mediante un'azione coordinata tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione.

La strategia nazionale si realizza mediante il Piano nazionale anticorruzione (PNA) adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione. Detto Piano costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni ai fini dell'adozione dei propri Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT). Il PTPCT deve identificare le misure organizzative utili per contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tale riguardo spetta alle amministrazioni di valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende:

- l'analisi del contesto – esterno ed interno;
- la valutazione del rischio che, a sua volta, è suddivisa in: identificazione, analisi, ponderazione e trattamento del rischio;
- l'identificazione e programmazione delle misure di prevenzione.

Il presente aggiornamento del PTPCT è articolato nelle seguenti sezioni principali:

Sezione A I soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio corruttivo; funzioni attribuite e relative responsabilità.

Sezione B Analisi delle condizioni di rischio generali (contesto di settore e geografico) e analisi delle condizioni di rischio specifico in Azienda.

Sezione C Le misure di prevenzione della corruzione:

- generali - perché incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione;
- specifiche - perché incidono su problemi specifici, individuati tramite l'analisi del rischio e pertanto devono essere contestualizzate rispetto all'amministrazione di riferimento.

Principali azioni che l'ASL intende perseguire per l'anno 2025

1. Gestione ordinaria delle attività dei processi della prevenzione della corruzione mediante il Portale Amministrazione Trasparente
2. Formazione del personale gruppo di lavoro del RPCT e – mediante un processo di condivisione delle conoscenze a cascata – prosecuzione di percorsi di formazione continui diretti ai referenti interni ai servizi
3. Aggiornamento della mappa del rischio interno di corruzione all'interno dell'Azienda, sulla base delle peculiarità dell'ASL, con rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione e con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR
4. Aggiornamento degli obblighi di pubblicazione così come previsto dalla delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024, con obiettivo assegnato alla UOC Sistemi Informativi e Transizione Digitale Aziendale da realizzarsi entro e non oltre il 30 giugno 2025
5. Collaborazione con gli altri servizi aziendali per la definizione e promozione di procedure coordinate volte a limitare il rischio di corruzione
6. Attuazione delle nuove procedure per la gestione del whistleblowing
7. Revisione ed aggiornamento delle procedure aziendali relative alle varie tipologie di conflitto di interesse
8. Monitoraggio dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione tramite il Portale aziendale
9. Abilitazione dei referenti aziendali al portale Amministrazione Trasparente per il caricamento dei contenuti dell'obbligo in materia di trasparenza ex D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. ovvero l'abilitazione dei soggetti che gli stessi referenti aziendali individueranno per il caricamento dei dati sul portale Amministrazione Trasparente, secondo i tempi previsti per i singoli contenuti dall'allegato 3)

I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Funzioni attribuite e responsabilità

I soggetti attuatori delle azioni di prevenzione della corruzione e della trasparenza

Le autorità di indirizzo politico sono i Direttori aziendali, coinvolti nel processo di prevenzione e repressione della corruzione e pertanto chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione del piano di prevenzione della corruzione, alla definizione dei suoi contenuti e delle misure da applicare, all'attuazione e al controllo di efficacia delle misure con esso adottate, nonché all'individuazione degli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione.

Questi ultimi costituiscono contenuti necessari del PTPCT (art 1, co 8, Legge 190/2012 come novellato dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016). La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali. Sempre nell'ottica di un effettivo coinvolgimento degli organi di indirizzo nella impostazione della strategia di prevenzione della corruzione, ad essi spetta anche la decisione in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività. Si ricorda, inoltre, che gli organi di indirizzo ricevono la relazione annuale del RPCT, possono chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività e ricevono dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza

L'azione di prevenzione della corruzione all'interno di un'Azienda Sanitaria delle dimensioni dell'ASL Napoli 2 Nord può essere portata avanti solo mediante l'impegno di diversi soggetti che, ciascuno con competenze e livelli di responsabilità differenti, agiscono nell'ambito di un'azione coordinata. Il coordinamento di tali azioni è dato proprio dal presente Piano.

Sono parte attiva nella gestione della prevenzione della corruzione:

- il Direttore Generale;
- il Responsabile della prevenzione della corruzione, della trasparenza e l'integrità;
- tutti i Direttori di Struttura, i Dirigenti e tutto il personale che ad ogni titolo lavora e collabora con l'Azienda;
- il Gruppo di Supporto al RPCT;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno;
- Il Servizio Ispettivo Aziendale;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD).

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Responsabile per la Trasparenza e ne dà comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione;(art. 1, comma 7, Legge 190/2012);
- assicura al Responsabile della Prevenzione e al Responsabile della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio; dota il RPC di una struttura organizzativa di supporto adeguata;

- adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e i loro aggiornamenti annuali;
- adotta tutti i provvedimenti e gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quale, a titolo di esempio, il Codice di Comportamento aziendale, nonché gli atti volti a garantire il necessario coordinamento e collegamento tra il Piano e gli altri atti di programmazione aziendale;
- promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e della integrità;
- assicura il reale coordinamento tra il PTPC e gli altri strumenti di programmazione e, in particolare, con il ciclo della performance;
- assicura la più larga condivisione delle misure sia nella fase dell'individuazione delle misure di prevenzione che nella fase della loro attuazione (Determina ANAC n. 12/2015).

Particolare attenzione, deve essere posta al fine di assicurare un pieno coinvolgimento e la partecipazione anche dei titolari degli uffici di diretta collaborazione con il Direttore Generale (Direttore Amministrativo e Sanitario, strutture di STAFF). Queste figure, rivestono un ruolo chiave per il successo delle politiche di prevenzione della corruzione. Il Piano triennale deve essere elaborato con la piena collaborazione e l'attiva partecipazione di tali figure, da garantire in termini di contributo conoscitivo al PTPC e di diretta responsabilità per gli atti compiuti a supporto dell'opera degli organi di indirizzo.

Il Direttore Generale, inoltre, ha poteri di indirizzo strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC, nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.

La collaborazione tra Direttore Generale e RPCT si concretizza anche con le comunicazioni sull'attività svolta dal Responsabile e con la sua "relazione annuale" indirizzata ad ANAC e alla Direzione aziendale, da pubblicare nel sito web dell'amministrazione ai sensi dell'art. 1, co.14 della l. 190/2012.

In ogni caso il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta ogni volta ed in ogni caso l'organo di indirizzo lo richieda.

Il Direttore Generale ha nominato ad aprile 2024 il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza attualmente in carica.

Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

La figura del RPC è stata interessata da sostanziali modifiche introdotte dal D. Lgs. 97/2016 e dal PNA 2016; infatti è stato unificato in capo ad un solo soggetto l'incarico di responsabile Corruzione con l'incarico di Responsabile trasparenza (ora RPCT) e rafforzato il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative. Altro elemento di novità è quello di una marcata interazione con l'OIV.

COMPITI E POTERI DELL'RPCT

- L'art 1, co. 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predisporre – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi 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.

- L'art. 1 co. 9, lett. c), l. 190/2012 dispone che il PTPC preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- L'art 1, co. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- L'art. 1, co. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC.
- L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione".
- L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni".
- L'art. 5, co. 10, D.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione costituisce il riferimento aziendale per tutti gli adempimenti connessi all'applicazione della Legge n.190/2012, che assegna al medesimo compiti e poteri di vigilanza e controllo e compiti istruttori in caso di segnalazioni di fatti di natura corruttiva, compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi (art. 1 l. n. 190/2012 e art. 15 d.lgs. n.39/2013) e rappresenta uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza.

Nello specifico, ai sensi della legge 190/2012:

- elabora e propone al Direttore Generale il Piano Triennale della prevenzione della corruzione;
- definisce le priorità di trattamento dei rischi;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verifica, d'intesa col Direttore/Responsabile di struttura competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- entro la data stabilita dall'ANAC, pubblica sul sito web dell'azienda una relazione recante i risultati dell'attività svolta (art.1, comma 14, Legge 190/2012);

- riferisce sull'attività alla Direzione Generale su richiesta di quest'ultima e ogni qualvolta ne ravvisi l'opportunità.

Ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 39/2013 e dell'intesa in sede di Conferenza unificata Stato – Regioni del 24 luglio 2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio e di segnalare le violazioni all'ANAC.

Ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. n. 62/2013 il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati.

PREROGATIVE DEL RPCT: per l'espletamento dei suoi compiti, il Responsabile della prevenzione della corruzione è investito di tutti i poteri di iniziativa e controllo su ogni attività aziendale e su ogni livello del personale e, in particolare, gli viene attribuita la facoltà di:

- effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e chiedere atti, documenti e delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
- accedere ad ogni tipologia di documento o dato aziendale rilevante in relazione all'esercizio delle sue funzioni;
- avvalersi della collaborazione di qualsiasi struttura e professionalità presente nell'azienda.

I RAPPORTI CON ANAC. È di estremo rilievo valorizzare i rapporti tra ANAC e RPCT, ciò in quanto il RPCT è una figura chiave nelle amministrazioni e negli enti per assicurare effettività al sistema di prevenzione della corruzione come declinato nella l. 190/2012. Con tale soggetto ANAC interagisce nello svolgimento della propria attività di vigilanza per verificare sia l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione di cui alla l. 190/2012, sia il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013. La collaborazione del RPCT è indispensabile per l'Autorità al fine di poter compiutamente svolgere tali funzioni.

RESPONSABILITÀ DELL' RPCT. A fronte dei compiti attribuiti, la legge 190/2012 prevede (art. 12 e 14) anche consistenti responsabilità in capo al RPCT.

In particolare, l'art. 12 l. 190/2012 stabilisce che "In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato", il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano".

L'art. 14 stabilisce altresì che "In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile (...) risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, (...) nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare".

SUPPORTO CONOSCITIVO E OPERATIVO A RPCT.

- L'art. 1, co. 9, lett. c) l.190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.
- L'art. 16, co. 1-ter, d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a "fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione".
- L'art. 8 del d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti

a “rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione”.

- Deve essere garantita una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito.
- Devono essere assicurati al RPCT poteri effettivi, di interlocuzione nei confronti di tutte le strutture, sia nella fase della predisposizione del Piano e delle misure sia in quella del controllo sulle stesse.
- E' necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT. Ove ciò non sia possibile, è opportuno rafforzare la struttura di supporto mediante appositi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici (es. controlli interni, strutture di audit, strutture che curano piano performance).

OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DELL'RPCT. Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione. A tal fine, i Responsabili di Struttura e i Referenti delle macro-aree devono curare la tempestiva trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui, a titolo di esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'ASL per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e i relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;
- richieste stragiudiziali e azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali intramoenia o nell'adozione dei relativi atti;
- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- transazioni concluse o ancora in corso di definizione, con menzione dell'oggetto;
- l'adozione di provvedimenti di autotutela e i motivi posti a fondamento dei medesimi;
- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti;
- rilievi del Collegio Sindacale;
- relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- notizie relative ai cambiamenti organizzativi;
- segnalazioni da parte di dipendenti, personale convenzionato, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo;
- segnalazioni/denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'ASL nei confronti del personale dipendente, convenzionato o comunque operante presso l'ASL;
- ogni altra informazione concernente i contenziosi - amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro - definiti o pendenti, in cui l'ASL sia parte ricorrente/attore o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa.

I Referenti individuati nel successivo capitolo, i Responsabili delle strutture di supporto e tutti i Responsabili delle altre articolazioni aziendali sono tenuti ad assicurare la massima collaborazione al Responsabile della prevenzione, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue

richieste. Il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa è valutabile ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e ai fini della responsabilità disciplinare. Al Responsabile è riconosciuta totale autonomia decisionale. Nell'ambito della propria attività e in dipendenza funzionale con l'esercizio dei propri compiti, il Responsabile della prevenzione potrà quindi accedere a qualunque documento aziendale compatibilmente con il segreto d'ufficio e con il segreto professionale. Il RPCT dell'ASL Napoli 2 Nord è stato individuato tra i dirigenti di ruolo in servizio con incarico di Struttura Complessa. In particolare l'RPCT dell'Azienda assolve altresì il ruolo di Direttore della UOC Affari Generali.

Per le molteplici altre prerogative, competenze, funzioni e tutele del RPCT si rinvia all'allegato 3 del PNA 2019 approvato da ANAC con delibera 1064 del 13-11-2019.

Direttori di struttura, dirigenti, personale tutto

I Direttori di Dipartimento e degli Staff della Direzione Strategica, insieme ai direttori delle strutture organizzative ed ai funzionari, sono i soggetti che, all'interno dell'azienda, detengono una profonda conoscenza di come si configurano i processi decisionali di loro competenza, di come sono strutturati i procedimenti amministrativi, dei dati contabili, tecnici, amministrativi e sanitari etc., e quindi rappresentano una fonte preziosa e insostituibile di conoscenze, valutazioni, detenzione di dati, per cui un loro coinvolgimento nel sistema rappresenta un punto di forza dal quale partire, ma anche e soprattutto da sviluppare ed incrementare attraverso incontri, riunioni, scambio di vedute e relazioni che trovano la loro piena attuazione nella partecipazione dei direttori nell'analisi dei processi e nell'attuazione della trasparenza amministrativa.

I Direttori dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e dei centri di Responsabilità interagiscono nel sistema determinato dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed hanno ruoli e funzioni di grande rilievo ed evidenza in quanto:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (art. 16, comma 1, lettera l-bis, D. Lgs. 165/2001);
- forniscono informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e a formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16, comma 1, lettera l-ter, D. Lgs. 165/2001);
- provvedono al monitoraggio di primo livello riguardo l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione già individuate;
- rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT e collaborano con il RPCT (art. 8, D.P.R.62/2013);
- assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda, attraverso i referenti già individuati per ogni unità operativa, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale (art. 9, D.P.R. 62/2013);
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito istituzionale ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (art. 43, comma 3, D. Lgs.33/2013; delibera ANAC n. 1310/2016, sostitutiva della Delibera CIVIT n. 50/2013);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione (art. 15, D.P.R. 62/2013);
- controllano ed assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico (art. 43, comma 4, D. Lgs. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016).

Nel sistema aziendale tutti i dipendenti sono comunque gli attori fondamentali ed insostituibili della strategia di prevenzione della corruzione, collaborano con il RPCT per l'attuazione delle misure di prevenzione e si adoperano per l'attuazione della trasparenza, conformano le proprie azioni alle

disposizioni contenute nel Codice di comportamento, segnalano le situazioni di illecito, si astengono in caso di conflitto di interesse.

Nel 2023 è stata aggiornata la rete di referenti PAT presso ciascun servizio/centro di responsabilità, in modo da realizzare un sistema decentrato ispirato ai principi di prossimità e sussidiarietà. I referenti di ciascuna struttura, previamente individuati da ciascun Direttore/Responsabile, sono stati formati specificamente al fine di assolvere ai doveri di trasparenza tramite la pubblicazione sulla piattaforma aziendale. Per il 2025 è previsto un ulteriore decentramento ed un nuovo processo di formazione per uniformare le modalità di accesso ed implementazione del sito "Amministrazione Trasparente", con procedure semplificate e razionalizzate finalizzate alle attività legate agli obblighi di pubblicazione x d.lgs.33/2013 e s.m.i..

Il Gruppo di Supporto al RPCT

In considerazione della complessità e numerosità degli adempimenti, delle problematiche affrontate dalla normativa relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza e delle funzioni dell'ASL Napoli 2 Nord, è stato individuato un idoneo gruppo di lavoro di supporto che coadiuva il RPCT nelle seguenti attività:

- redazione degli atti di natura generale (regolamenti, circolari operative, disposizioni sanzionatorie, relazione annuale RPCT, PTPTC);
- verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità e, eventualmente, della sua modifica;
- collaborazione nell'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e di proposta delle relative misure di prevenzione;
- collaborazione alla definizione del piano di formazione e individuazione dei dipendenti a cui destinare le attività formative;
- attività di controllo sul rispetto degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza (art. 43, co 1, D.Lgs. 33/2013);
- Supporto ai Dirigenti ed ai referenti circa la corretta attuazione del piano ed il corretto utilizzo dei mezzi informatici.

L'attuale gruppo di lavoro è costituito dai dipendenti: Federica Scala, Martina Tecame, Antonio Boemio, Anna Spizuoco, Francesco Costanzo.

Nell'ambito delle attività legate alla Trasparenza sono presenti i Referenti in ogni Struttura Organizzativa Aziendale.

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

L'O.I.V. dell'Asl Napoli 2 Nord è stato nominato con deliberazione nr. 1345 del 20/07/2023.

L'O.I.V. riveste una funzione rilevante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza in quanto svolge, tra l'altro, un'attività di verifica sulla coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPC e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionale, insieme all'obbligo di verifica per l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione dei dati obbligatori in Amministrazione Trasparente (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009).

L'OIV ha tra i propri compiti:

- partecipare al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte e attribuendo concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti attribuiti ai medesimi;
- considerare i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgere compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza

amministrativa;

- esprimere parere sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda;
- assicurare il coordinamento tra i contenuti del Codice di Comportamento e il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance, attribuendo rilevanza al rispetto del Codice, ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente o dall'ufficio, verificando, in particolare, l'assolvimento degli obblighi di vigilanza e controllo da parte dei dirigenti sull'attuazione e sul rispetto dei Codici di Comportamento, e prendendo in considerazione i relativi risultati in sede di formulazione della proposta di valutazione annuale;
- svolgere un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice di Comportamento, riferendone nella relazione annuale;
- attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida fornite all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il Servizio Ispettivo Amministrativo e Internal Auditing

L'UOC Servizio Ispettivo Amministrativo è in Staff alla Direzione Generale, e svolge attività di supporto alla stessa nell'ambito delle indagini straordinarie, che il Rappresentante Legale dell'azienda intende avviare ai fini della valutazione del corretto comportamento da parte di personale dipendente e convenzionato. Inoltre, ad esito dell'attività ordinaria di controllo prevista, il SIA relaziona al Direttore Generale su quanto emerso.

Il servizio ispettivo aziendale è stato istituito ai sensi della legge n° 662/1996 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", così come integrato dalle disposizioni di cui agli artt. 3 e 6 DM 31.07.1997 e del DPCM 27.03.2000 e dell'art. 53 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 come modificato dal D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150.

Il servizio svolge una funzione di controllo e verifica delle disposizioni in materia di conflitto di interessi e incompatibilità del pubblico impiego, al corretto svolgimento dell'attività libero professionale intra ed extra muraria nonché all'applicazione del divieto di cumulo di impieghi affidata al Servizio ispettivo aziendale.

Oltre ai suddetti accertamenti il SIA è anche competente in materia di verifica della presenza in servizio del personale dipendente o assimilato, nonché ogni altro aspetto di verifica attinente al rapporto di lavoro o ai fini istituzionali, che necessita di interventi specifici e riservati nel pieno rispetto delle norme vigenti.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti disciplinari, relativamente alle attività di prevenzione della corruzione, svolge le seguenti funzioni:

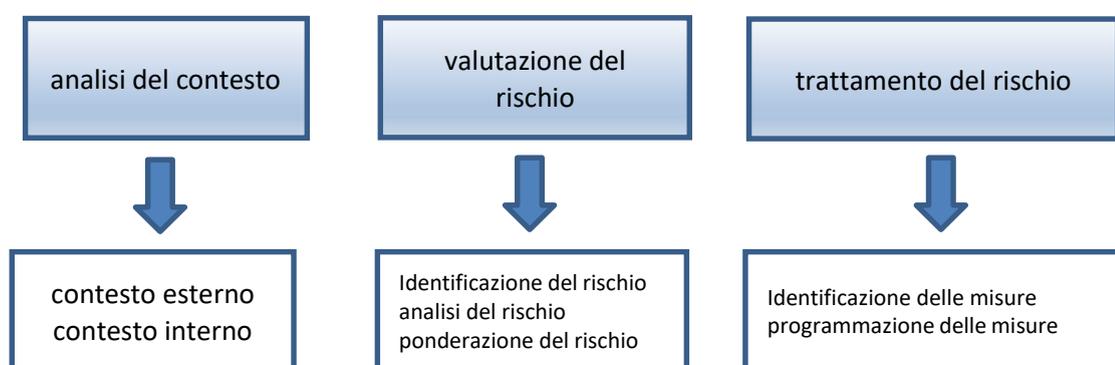
- attiva e definisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- opera in stretta collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.).

ANALISI DELLE CONDIZIONI DEL RISCHIO

Contesto di settore e geografico; analisi delle condizioni di rischio specifico in Azienda

L'Analisi del contesto

La prima e fondamentale fase del processo per la gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, esterno e/o interno, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o dell'ente, causa le specificità dell'ambiente in cui essa opera, in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, ovvero per le caratteristiche organizzative interne; il tutto al fine di definire le misure adeguate a contrastare i rischi corruttivi.



L'analisi del rischio di corruzione all'interno dell'Amministrazione si fonda su tre diversi livelli:

- una valutazione derivante da dati di scenario e del settore sanità;
- una valutazione fondata sullo storico delle segnalazioni raccolte all'interno dell'Azienda;
- una valutazione "esperienziale" basata su valutazioni non documentate, ma fondate sul vissuto di quanti hanno partecipato alla redazione del Piano e di quanto rilevato da organismi di ricerca.

In questa sede è possibile riportare valutazioni di scenario e di settore, e valutazioni "esperienziali", mentre le informazioni pregresse sono il risultato di un flusso di dati monitorato tramite la piattaforma PAT.

L'analisi del contesto aziendale ed il monitoraggio dei rischi potenziali è lo strumento determinante per poter mettere in atto le misure di prevenzione della corruzione più efficaci. Il Portale Amministrazione Trasparente permetterà di raccogliere flussi di dati utili ad avere un monitoraggio continuo e reale dei processi aziendali.

Risulterà indispensabile attuare una maggiore integrazione tra il servizio di prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con il servizio Controllo di gestione, con il servizio deputato alla redazione del Piano delle Performance, con l'UPD e con il SIA. Tale integrazione risulta determinante per poter attuare una definizione ed un monitoraggio dei processi aziendali ed una definizione degli specifici rischi per ciascuno di essi.

Il contesto esterno

L'ANAC, nell'allegato 1 alla deliberazione del 13 novembre 2019, n. 1064, contenente l'aggiornamento 2019 al PNA, ha affermato che l'analisi del contesto esterno ha "come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione".

Attraverso l'individuazione e la descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del

territorio o del settore specifico di intervento, nonché delle relazioni esistenti con gli stakeholders e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'amministrazione, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno, infatti, ciascuna amministrazione può definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo.

Il contesto territoriale e il tessuto sociale ascrivibili all'ASL Napoli 2 Nord sono connotati da un'estrema complessità e moltitudine di aspetti, descritti al capo I dell'Atto Aziendale di codesta Azienda, di seguito in sintesi riportati.

Il Contesto Territoriale

L'area continentale in cui si sviluppa il territorio dell'ASL Napoli 2 Nord ha subito, nell'ultimo cinquantennio, un tumultuoso processo di urbanizzazione, quasi sempre disgiunto da un adeguato ed armonico sviluppo di servizi ed infrastrutture. Di converso, il processo di industrializzazione ha visto registrare nell'ultimo ventennio un graduale degradamento con una forte diminuzione dei livelli occupazionali.

Di vocazione prettamente turistica e marinara il contesto territoriale insulare, che presenta consistenti nuclei residenziali stanziali in tutte le stagioni dell'anno. La domanda di assistenza nel semestre maggio-ottobre, quadruplicata per l'enorme afflusso di visitatori e turisti, esige particolare attenzione e peculiare programmazione per le strutture socio-sanitarie isolate.

Il Tessuto Sociale

Vari strati di popolazione e dell'opinione pubblica dimostrano un crescente radicamento alla realtà locale, favorita dalla tendenza al decentramento e dall'esigenza di sostituire ai classici meccanismi di delega forme più dirette di partecipazione alla vita delle organizzazioni pubbliche. Nella popolazione è maturata la volontà a prendere parte ai processi sociali orientati ad influenzare la qualità della vita e lo stato di salute delle persone. A tal fine, a fianco dei soggetti tradizionali che entrano nel processo di partecipazione sociale del sistema di produzione e utilizzo dei servizi, quali gli Organismi Istituzionali (la Conferenza dei Sindaci, il Comitato di Rappresentanza, le Amministrazioni Comunali dei 32 Comuni, le Organizzazioni Scolastiche), le persone fisiche o giuridicamente rappresentate (il singolo cittadino/utente, le società varie, le organizzazioni sindacali, i partiti politici), l'ASL Napoli 2 Nord intende promuovere il coinvolgimento di enti, istituzioni, imprese a vocazione sociale (cooperative sociali, organizzazioni no profit), di professionisti della sanità pubblici e privati, dei media locali, delle forme d'associazionismo strutturato (tribunale dei diritti del malato, organizzazioni di volontariato). Il capitale sociale e la coesione sociale rappresentano per l'Azienda un riferimento fondamentale nel processo generale di ridefinizione del proprio ruolo di primo attore del progetto di salute visto come patrimonio e impegno di tutta la comunità. Il processo d'integrazione urbana in tutto il territorio si sforza di trovare, attraverso il capitale sociale, un elemento per lo sviluppo di progetti ed azioni adeguate ai bisogni emergenti, di cui l'Azienda terrà conto nel proprio impegno di programmazione e di organizzazione, contemperandolo con le strategie, gli indirizzi ed i vincoli definiti dalla Regione. Gli obiettivi di salute fissati nel piano sanitario regionale rappresenteranno la base per la costruzione dei piani e dei patti per la salute, definiti congiuntamente attraverso accordi di programma con gli Enti Locali, e collegati anche a strumenti di concertazione di più ampio respiro come i Patti Territoriali. La valutazione dei problemi di salute della popolazione, delle criticità del sistema dei servizi, gli indirizzi ed i vincoli stabiliti dalla Regione sono gli elementi fondamentali su cui costruire il Piano Attuativo Locale (piano delle azioni triennale) ed il Piano Annuale delle Attività. Dal punto di vista del modello organizzativo, il Distretto Sanitario si caratterizza come "un'area sistema" all'interno della quale debbono incontrarsi, con coerenza, le caratteristiche omogenee di alcune particolari condizioni della struttura dei bisogni (che costituiscono la domanda sociale) e le modalità obbligate d'intervento, garantendo efficacia ed efficienza delle prestazioni. È in questo senso che l'integrazione sociosanitaria va prioritariamente riconosciuta nella domanda e successivamente realizzata nei sistemi d'offerta, superando il tradizionale settorialismo.

Relativamente all'attuale contesto criminale si rinvia alla relazione per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2023 della Corte d'Appello di Napoli, la quale offre una disamina delle dinamiche criminali associative nella provincia di Napoli.

Il contesto interno

L'analisi del contesto interno mira ad evidenziare gli aspetti legati alla organizzazione ed alla gestione operativa di tutti i profili che potrebbero sensibilizzare il rischio della corruzione. Nel nuovo Atto Aziendale, adottato nel mese di dicembre 2023, sono stabilite le missioni di tutte le strutture operative aziendali, distretti sanitari, presidi ospedalieri e dipartimenti, le cui procedure sono presidiate da norme di legge, nazionali ovvero regionali, da regolamenti/PDTA aziendali che disciplinano in maniera puntuale tutte le fasi del processo, limitando l'ambito di discrezionalità e prevenendo eventuali errori involontari individuali, riducendo di fatti il rischio di fatti corruttivi.

Il Capo II del nuovo Atto aziendale descrive agli artt. 19 le strutture organizzative della ASL Napoli 2 Nord e nell'allegato 1 l'organigramma delle stesse. Tra queste, oltre a quelle che ontologicamente si pongono in un'area di rischio particolarmente elevata (si pensi alle strutture aziendali che si occupano di acquisti, gare, liquidazioni e concorsi), si ritiene che, sulla scorta di una valutazione prettamente esperienziale, sussistono altri ambiti particolarmente esposti ai fenomeni corruttivi. A titolo meramente esemplificativo, rientrano nel novero dei suddetti ambiti quelli collegati alle attività finalizzate alle valutazioni medico-legali nonché quelle relative alla protesica e alle cure domiciliari.

L'analisi del contesto interno è certamente da rapportare anche con altre sezioni del PIAO, quali il piano delle Performance, il Valore Pubblico ed il relativo piano triennale del fabbisogno del personale, a cui si fa riferimento per tutti i dati in essi contenuti.

Lo scenario

"La corruzione -Definizione. Misurazione e impatti economici"- rapporto Formez

Non esiste un'unica, completa, e universalmente accettata **definizione** di corruzione. Ogni tentativo in questo senso incontra inevitabilmente problemi di natura culturale, metodologica, disciplinare e normativa. A fronte di tale oggettiva difficoltà, si preferisce individuare un elenco di azioni corrotte (illecite).

Questo approccio che è tipico del diritto penale è sicuramente funzionale a una repressione delle condotte delittuose. Infatti, la definizione di differenti tipologie di reato è necessaria al fine di garantire che il fatto offensivo di un bene giuridicamente tutelato sia sanzionato con una pena proporzionale alla rilevanza del bene tutelato. Tuttavia l'approccio giuspenalistico è meno efficace quando la prospettiva di analisi si indirizza verso la prevenzione del fenomeno corruttivo, invece che verso la repressione dello stesso. Infatti, la prevenzione della corruzione richiede alcune condizioni fondamentali, tra cui:

- la misurazione e valutazione dell'entità del fenomeno;
- la comprensione delle sue cause;
- la stima degli effetti;
- la definizione e attuazione di strategie e strumenti, anche avvalendosi di un confronto costruttivo con le esperienze internazionali.

A questo fine, la prospettiva di analisi tipica delle scienze economiche e sociali può offrire un punto di osservazione molto utile e interessante, non solo per comprendere il fenomeno ma proprio per rilevarne l'entità, comprenderne le cause, valutarne gli effetti e, infine, per definire efficaci strategie di contrasto e prevenzione. Evitando di addentrarsi nell'ampio e articolato dibattito scientifico relativo alla definizione e classificazione della corruzione, di seguito si riportano in termini molto schematici le più recenti acquisizioni di tale dibattito.

In termini sintetici e generali la corruzione può essere intesa come l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenerne vantaggi privati [the abuse of entrusted power for private gain]. Gli elementi fondamentali della definizione sono:

- il potere che viene affidato;
- il soggetto a cui il potere è stato affidato;
- l'abuso di potere che il soggetto realizza;
- il vantaggio privato che deriva dall'abuso.

Il potere può essere inteso come la delega a un soggetto della capacità di stabilire regole per altri o di imporre ad altri il rispetto di queste regole, o ancora di prendere decisioni obbligatorie per altri. Il soggetto a cui tale potere è affidato può essere un soggetto pubblico (ad esempio: politico, burocrate, magistrato, ecc.) o un soggetto privato (es. amministratore di un'impresa). L'abuso si ha quando il potere non è esercitato nei termini previsti dalla delega. Il vantaggio privato è un beneficio di tipo finanziario o di altra natura che non è necessariamente personale del soggetto che abusa del potere, ma può riguardare soggetti terzi ai quali il soggetto è legato in qualche modo (famiglia, amicizie, gruppi di interesse, ecc.).

La misurazione della corruzione è diventata una questione molto attuale e dibattuta sia in ambito scientifico che nell'arena politica. Misurare la corruzione è molto difficile e non esiste una strategia priva di lacune o margini di errore. In realtà la prima e forse più importante fonte di difficoltà è avere chiaro cosa si vuole effettivamente misurare. Riemerge perciò il problema definitorio che abbiamo affrontato nelle pagine precedenti. Misurare la corruzione nella sua accezione ampia (deviazione da regole morali consolidate in un contesto sociale) è certamente diverso da misurare la corruzione nella sua accezione circoscritta (criterio legalistico). Inoltre, è necessario stabilire se si vuole rilevare l'esperienza diretta del fenomeno o la sua percezione indiretta. Infine, è necessario definire preventivamente se si è interessati alla corruzione che si è già "manifestata" o alla corruzione "sommersa" che non è stata ancora accertata. Le tre principali strategie di misurazione esistenti divergono proprio relativamente a questi tre aspetti (tab. 1).

Strategia di misurazione	Indicazioni che emergono dalla misurazione	Sintesi
Statistiche giudiziarie	Negli ultimi cinque anni, il fenomeno appare sotto controllo. I fenomeni corruttivi sono sostanzialmente costanti per quel che riguarda le denunce e moderatamente decrescenti per ciò che concerne le condanne	Situazione non critica. Fenomeno stabile o decrescente.
Indici di percezione	Negli ultimi dieci anni, il fenomeno appare fuori controllo. La posizione dell'Italia a livello internazionale è agli ultimi posti tra i paesi dell'area OCSE e i trend sono di segno negativo	Situazione molto critica. Fenomeno in forte crescita
Misure basate sull'esperienza	Il fenomeno appare relativamente sotto controllo. La posizione dell'Italia a livello internazionale è leggermente inferiore alla media dei paesi europei	Situazione moderatamente critica. Fenomeno stabile.

Nel medesimo rapporto è inoltre evidenziato **l'impatto economico** della corruzione. In termini generali, gli effetti negativi sono di due ordini:

- Danni di ordine economico (investimenti, crescita economica, livelli di sviluppo, ecc.);
- Danni di carattere sociale e morale (sfiducia nelle istituzioni, conflitti sociali, ecc.).
- I principali effetti, di tipo economico, vengono così sintetizzati:
 - la corruzione è una "tassa occulta" sulle imprese ed ha effetti negativi sugli investimenti;
 - la corruzione costituisce una barriera alla concorrenza e, quindi, determina inefficienze nel sistema economico;
 - la corruzione genera inefficienze di tipo allocativo, dal momento che indirizza l'allocazione delle risorse verso destinazioni non efficienti;

- la corruzione riduce l'efficacia della spesa pubblica.

Più specificatamente, relativamente al settore sanitario, il Rapporto di Trasparency International Italia "Corruzione e sprechi in Sanità" individua cinque ambiti principali a cui sono associate specifiche problematiche corruttive:

Ambito	Problematiche
Nomine	Ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze
Farmaceutica	Aumento artificioso dei prezzi, brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli
Procurement	Gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate a cartelli, infiltrazione crimine organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate
Negligenza	Scorrimento liste di attesa, dirottamento verso sanità privata, false dichiarazioni (intramoenia), omessi versamenti (intramoenia)
Sanità privata	Mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'ingresso e scarso turnover, prestazioni inutili, false registrazioni, DRG, falso documentale.

Relativamente alle problematiche rilevate, il Rapporto di Transparency International Italia, individua 15 proposte per aiutare la "sanità malata", da applicare per ridurre il rischio corruzione nel settore sanitario, liberando risorse e abbattendo i costi senza incidere sui servizi erogati:

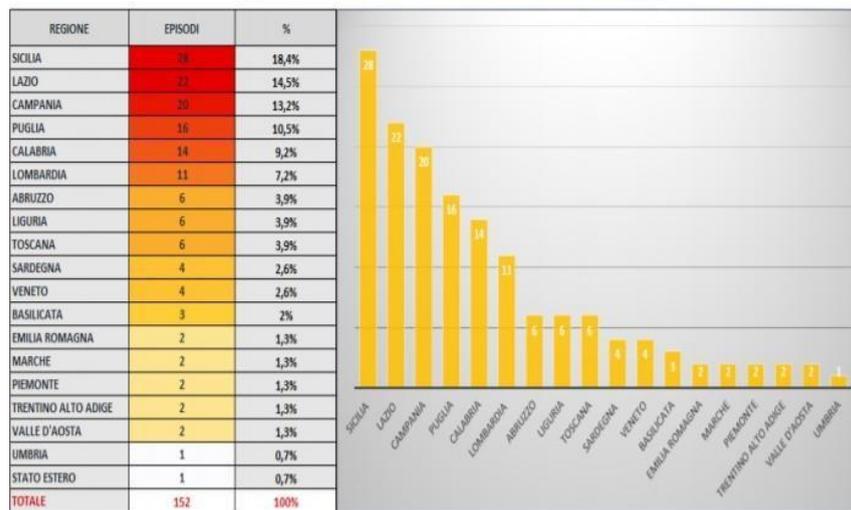
- risanare il rapporto tra politica e sanità;
- rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche;
- aumentare l'efficienza e intensificare i controlli sull'attività dei medici;
- modificare le procedure di controllo delle spese;
- promuovere l'etica tra i medici contro ogni forma di corruzione;
- aumentare i controlli sull'esecuzione degli appalti in sanità;
- pubblicare indicatori di attività e di out come sull'attività dei medici;
- accreditare le strutture sanitarie private sulla base delle loro effettive capacità;
- aumentare il confronto competitivo tra le case farmaceutiche;
- promuovere il whistleblowing;
- rendere pubblici i pagamenti effettuati in sanità;
- definire in maniera più precisa i rapporti tra sistema pubblico e sanità privata;
- aumentare la disponibilità di open data sulla spesa sanitaria;
- modificare le regole di finanziamento della spesa sanitaria;
- prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti.

DATI ANAC

Nell'ultimo rapporto presentato ad ottobre 2019, l'ANAC ha sintetizzato i dati inerenti provvedimenti giudiziari assunti a seguito della verifica di eventi di corruzione nella PA per il periodo 2016/2019. Da tale analisi emerge un quadro articolato, che individua i settori della PA esposti a maggior rischio e, allo stesso tempo, individua gli ambiti di attività più soggetti a episodi corruttivi.

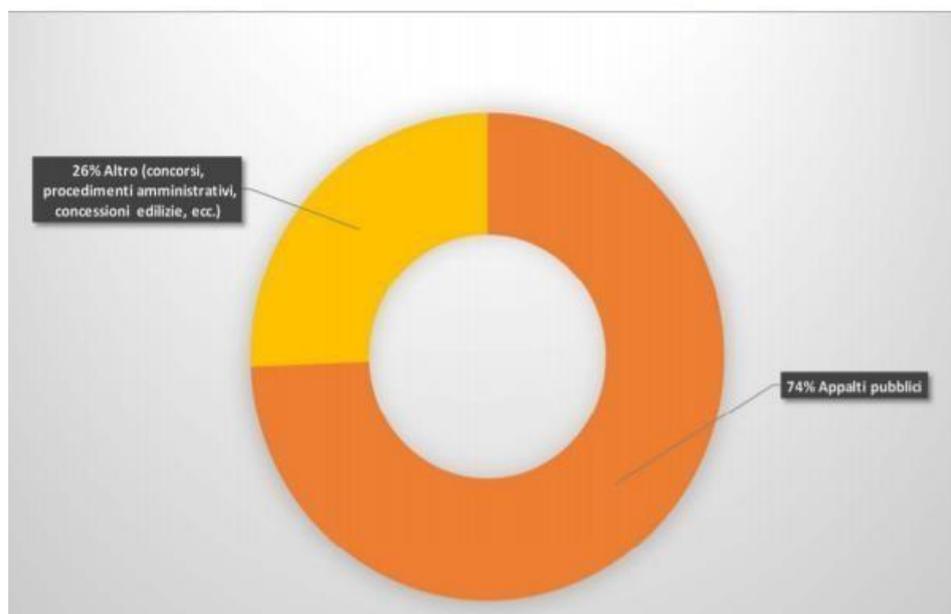
Tale quadro, pur essendo relativo agli anni 2016-2019, diventa estremamente prezioso per contestualizzare le aree di intervento. Si riportano di seguito alcuni grafici presentati dall'ANAC a sintesi dello studio.

Tab. 1 - EPISODI DI CORRUZIONE 2016-2019



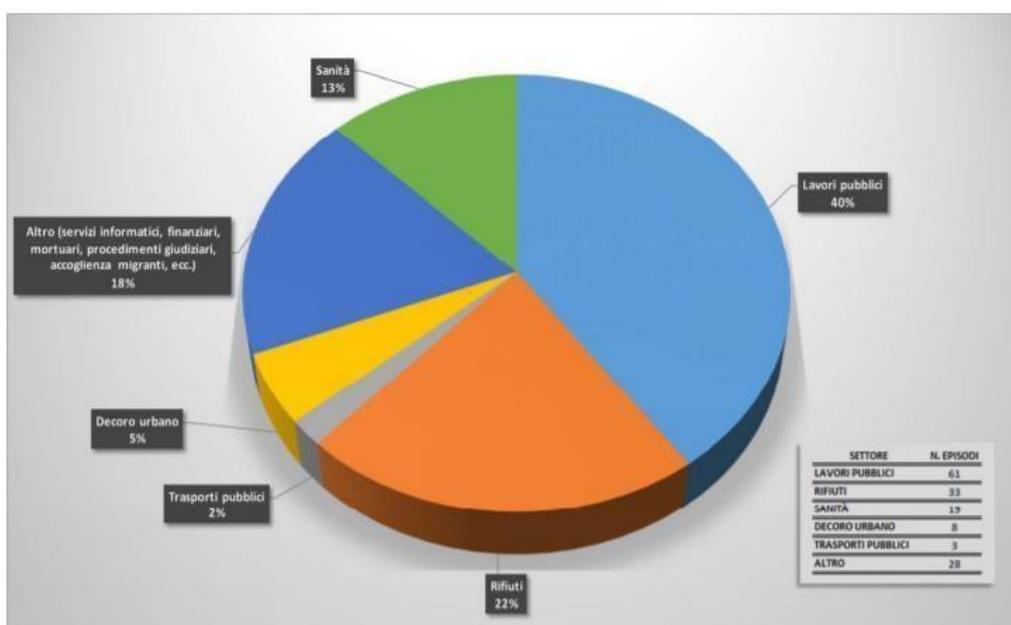
Fonte ANAC - La corruzione in Italia 2016-2019. Numeri, luoghi e contropartite del malaffare – 17 ottobre 2019

Tab. 2 - AMBITO DELLA CORRUZIONE



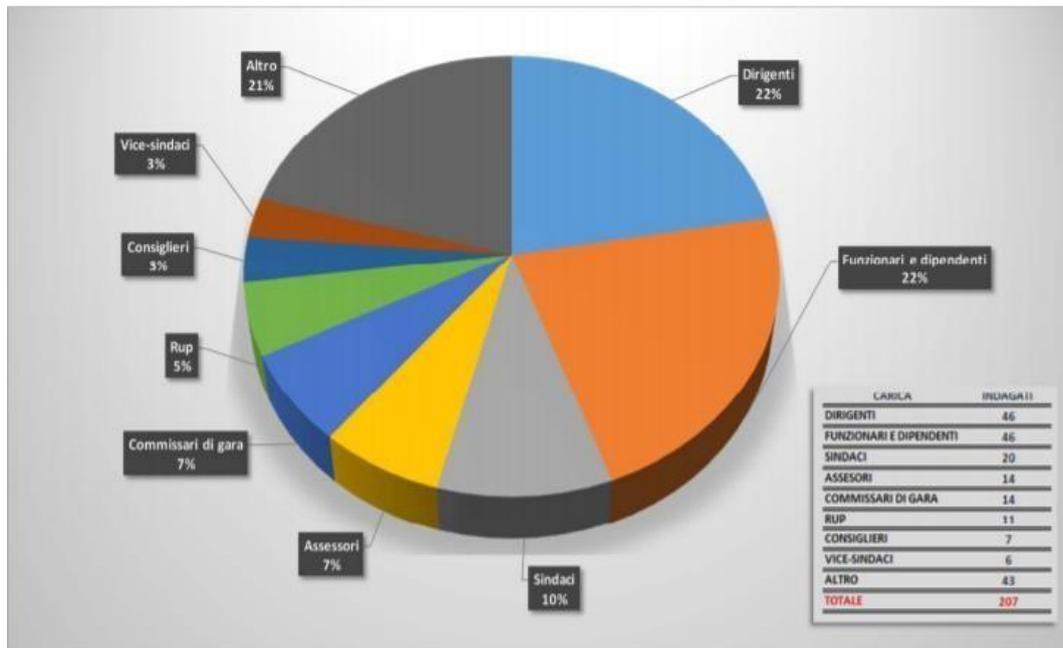
Fonte ANAC - La corruzione in Italia 2016-2019. Numeri, luoghi e contropartite del malaffare – 17 ottobre 2019

Tab. 3 - SETTORI PIÙ COLPITI



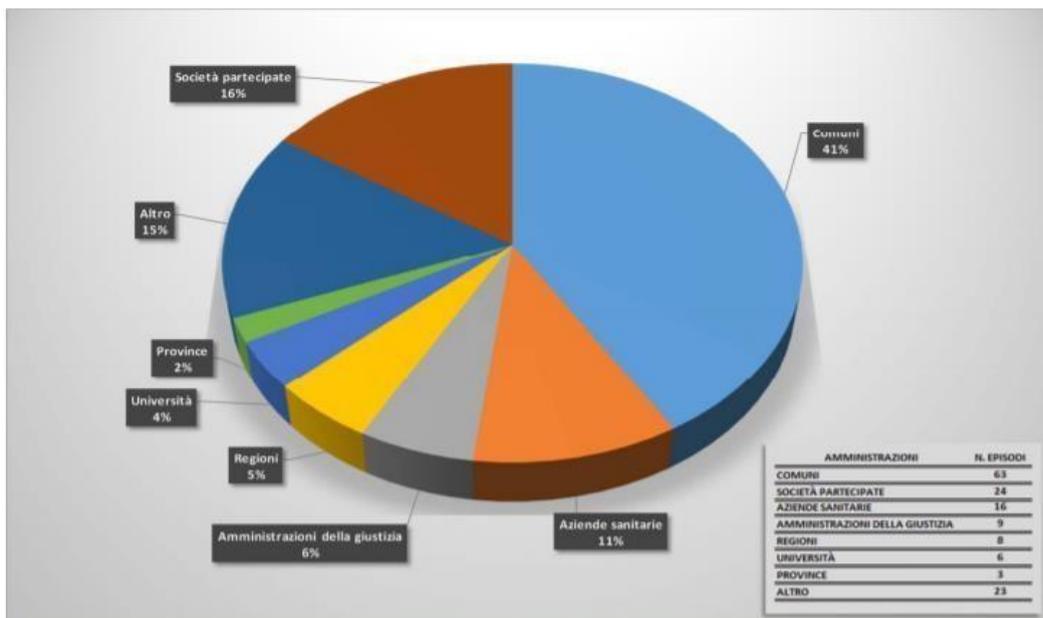
Fonte ANAC - La corruzione in Italia 2016-2019. Numeri, luoghi e contropartite del malaffare – 17 ottobre 2019

Tab. 4 - TIPOLOGIA DEGLI INDAGATI



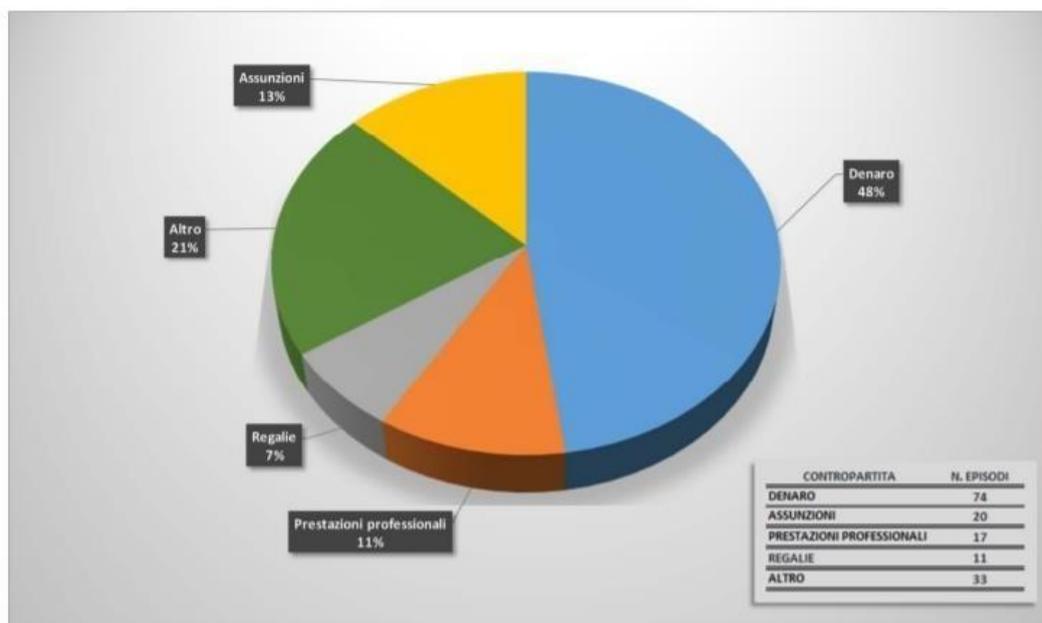
Fonte ANAC - La corruzione in Italia 2016-2019. Numeri, luoghi e contropartite del malaffare – 17 ottobre 2019

Tab. 5 - AMMINISTRAZIONI COINVOLTE



Fonte ANAC - La corruzione in Italia 2016-2019. Numeri, luoghi e contropartite del malaffare – 17 ottobre 2019

Tab. 6 - CONTROPARTITA DELLA CORRUZIONE



Fonte ANAC - La corruzione in Italia 2016-2019. Numeri, luoghi e contropartite del malaffare – 17 ottobre 2019

Indice di percezione della Corruzione

L'Indice di Percezione della Corruzione (IPC), elaborato annualmente da Transparency International, classifica i Paesi in base al livello di corruzione percepita nel settore pubblico, attraverso l'impiego di 13 strumenti di analisi e di sondaggi rivolti ad un pubblico di esperti: Il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da 0 alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita).

Vent'anni dopo l'adozione della Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione, il progresso anticorruzione rimane limitato: il CPI 2023 rivela che più dell'80% della popolazione mondiale vive in Paesi con un CPI al di sotto della media globale di 43: in più di un decennio la maggior parte dei Paesi ha fatto pochi progressi nell'affrontare la corruzione del settore pubblico e oltre i due terzi dei Paesi ottengono un punteggio inferiore a 50 su 100.

La corruzione in Italia nel 2023 nel CPI:

L'edizione 2023 dell'indice di percezione e conferma il punteggio di 56 per l'Italia e colloca il Paese al 42° posto nella classifica globale dei 180 Stati oggetto della misurazione.

Le questioni che continuano ad incidere negativamente sulla capacità del nostro sistema di prevenzione della corruzione nel settore pubblico vanno dalle carenze normative che regolano il tema del conflitto di interessi nei rapporti tra pubblico e privato, alla mancanza di una disciplina in materia di lobbying, fino alla crescente sospensione del registro dei titolari effettivi che potrebbe limitare gli sforzi dell'anticiclaggio.

Nel 2014 l'Italia era in posizione 69 nella graduatoria dei Paesi secondo il livello di corruzione percepita. Tale posizione è migliorata negli anni, e l'ultima rilevazione (quella relativa al 2022, resa pubblica a fine gennaio 2023), vede l'Italia migliorare sempre più fino a passare alla 41° posizione. Tra i Paesi meno corrotti, alle prime posizioni, figurano Danimarca, Nuova Zelanda e Finlandia.

Valutazioni di rischio specifico nel contesto aziendale

La Campania ed il comparto della sanità pubblica rappresentano contesti di rischio specifico, da prevenire in modo puntuale. L'analisi del rischio nell'ASL Napoli 2 Nord, mediante l'assunzione di

decisioni da parte dell'autorità giudiziaria nei confronti di personale dipendente o convenzionato dell'Azienda Sanitaria, rivela un quadro che potrebbe apparire estremamente tranquillizzante. Nel corso del 2021, del 2022, del 2023 non si è avuto alcun fenomeno di corruzione accertata; mentre nel 2024 si sono registrati n.2 casi.

Quindi occorre prestare la massima attenzione alle procedure di acquisizione di beni e servizi. In questa fase storica, infatti, la necessità da parte della sanità di rispondere in modo diretto e immediato ai bisogni di assistenza alla popolazione determinati dal termine dello stato emergenziale e di attivare tutte le procedure inerenti i fondi del PNRR, permette di adottare procedure rapide ed estremamente semplificate. Tale condizione risulta essere potenzialmente estremamente rischiosa, in quanto potrebbe favorire fenomeni corruttivi.

In tal senso, le azioni di rotazione dei dirigenti messe in atto dall'ASL Napoli 2 Nord nel corso degli anniscorsi, sono da ritenersi misure utili a limitare tale rischio. Occorre, tuttavia, predisporre un piano organico di rotazione dei dirigenti, compatibilmente con il rispetto delle necessarie competenze e dellarichiesta di massima efficienza della macchina amministrativa, ai sensi e per gli effetti del regolamento adottato nell'anno 2023.

In allegato si riporta la mappatura dei rischi specifici relativa alle singole tipologie di procedimento ed ai rischi ad esso connessi.

LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Un sistema in evoluzione

L'Azienda Sanitaria Napoli 2 Nord sta avviandosi verso una profonda revisione del processo di gestione della prevenzione del rischio corruttivo. L'obiettivo, infatti, è passare da un sistema di controlli volti a monitorare l'esistente ad un modello di gestione dei processi capace di individuare i rischi di corruzione insiti nelle attività e mettere in atto concretamente le misure idonee.

Spesso, infatti, come testimoniato dall'analisi dello scenario riportato nelle pagine precedenti e come visto mediante il bassissimo numero di procedimenti giudiziari che in Italia e nell'ASL Napoli 2 Nord si sono registrati, i fenomeni corruttivi sono capaci di sfuggire ai controlli ex-post in quanto, o si tratta di episodi estremamente puntuali, non facilmente riscontrabili, oppure di situazioni in cui vengono utilizzate sofisticate metodologie per sfuggire ai controlli.

L'amministrazione, dunque, come già evidenziato dagli studi effettuati e dalla stessa ANAC deve orientarsi verso una maggiore attività di prevenzione utilizzando la seguente metodologia:

- Mappatura dei processi e valutazione specifica – per ciascuno di essi – del rischio corruttivo;
- Mettere in atto azioni correttive alla limitazione del rischio;
- Sviluppare un sistema di reportistica utile a monitorare l'efficacia delle azioni messe in atto.

In questo senso, come già detto, il presente piano si propone come un momento di passaggio tra un vecchio approccio basato sui controlli ex-post ed un nuovo modello gestionale fondato su azioni da realizzare ex-ante.

Per far ciò, gli strumenti necessari sono:

- Revisione continua dei regolamenti, verifica dei regolamenti comportamentali in essere e misura della loro efficacia;
- Mappatura dei processi gestionali;
- Adozione di procedure informatiche, capaci di mappare con certezza e di codificare le procedure;
- Continuo aggiornamento del Portale aziendale ai fini del monitoraggio e della rendicontazione delle misure adottate per la prevenzione della corruzione;
- Coinvolgimento attivo del top e middle management nel processo;
- Aggiornamento ed implementazione della rete di referenti PAT all'interno dell'Azienda e loro coinvolgimento nel processo;
- Strutturazione di un'organizzazione a matrice che individua i diversi livelli di responsabilità;

- Formazione continua del personale tutto.

Considerata la complessità organizzativa e la dimensione dell'ASL Napoli 2 Nord, un sistema così articolato e complesso richiede un lavoro strutturato su più anni, con obiettivi strategici di medio periodo ed obiettivi operativi annuali.

Per il triennio 2024 - 2026 gli obiettivi principali sono:

- definizione di un programma formativo pluriennale, capace di accompagnare l'evoluzione organizzativa ed informativa del sistema di prevenzione della corruzione.

Le misure generali di prevenzione della corruzione

Il presente aggiornamento del PTPCT, sulla base di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e dallo

“Schema di Piano Nazionale Anticorruzione 2019 – 2021”, identifica le seguenti misure generali di prevenzione della corruzione:

- a. misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica;
- b. la rotazione ordinaria;
- c. la rotazione straordinaria;
- d. i doveri di comportamento;
- e. conflitto di interesse;
- f. le inconferibilità/incompatibilità di incarichi;
- g. la prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici (art 35-bis del D.lgs. 165/2001);
- h. gli incarichi extraistituzionali;
- i. divieti post-employment (pantouflage);
- j. i patti d'integrità;
- k. rapporti con i portatori di interessi particolari;
- l. la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
- m. la formazione;

Misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica

L'ordinamento ha predisposto tutele, di tipo preventivo e non sanzionatorio, volte ad impedire l'accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche di persone coinvolte in procedimenti penali, nelle diverse fasi di tali procedimenti:

- l'istituto del trasferimento ad ufficio diverso da quello in cui si prestava servizio per il dipendente rinviato a giudizio per alcune tipologie di delitti: il trasferimento è obbligatorio;
- il trasferimento perde efficacia se interviene sentenza di proscioglimento o di assoluzione, ancorché non definitiva;
- in caso di condanna, anche non definitiva, i dipendenti sono sospesi dal servizio;
- in caso di condanna definitiva, alla reclusione per un tempo non inferiore ai due anni per gli stessi delitti, è disposta l'estinzione del rapporto di lavoro;
- nel caso di condanna alla reclusione per un tempo non inferiore a tre anni si applica il disposto dell'articolo 32-quinquies del codice penale.

Il trasferimento d'ufficio conseguente a rinvio a giudizio e la sospensione dal servizio in caso di condanna non definitiva, non hanno natura sanzionatoria, ma sono misure amministrative, sia pure obbligatorie, di protezione dell'immagine di imparzialità dell'amministrazione, mentre solo l'estinzione del rapporto di lavoro ha carattere di pena accessoria.

La rotazione ordinaria

Con la deliberazione n. 877 del 25/05/2023, su proposta dell'Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, l'ASL Napoli 2 nord ha approvato il "Regolamento Aziendale in materia di Rotazione del Personale".

La rotazione del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni, nelle aree a più elevato rischio di corruzione, è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione (art. 1, comma. 4, lett. e), comma 5 lett. b), comma 10 lett. b) della l. n.190/2012), ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere all'ANAC «procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari».

Inoltre, secondo quanto disposto dall'art. 1, co. 10, lett. b) della l. 190/2012, il RPCT deve verificare, d'intesa con il dirigente competente, «l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione».

Questo tipo di rotazione, c.d. "ordinaria" è stata inserita dal legislatore come una delle misure organizzative generali a efficacia preventiva, che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione.

La rotazione del personale è considerata, quindi, quale misura organizzativa preventiva finalizzata a 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. La ratio alla base della norma è quella di evitare che un soggetto sfrutti un potere o una conoscenza acquisita per ottenere un vantaggio illecito. La rotazione del personale assegnato alle aree a rischio è considerata una misura fondamentale che il Piano Nazionale Anticorruzione individua e motiva ritenendo che "l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione".

L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate. La rotazione tuttavia rappresenta anche un criterio organizzativo, che può contribuire da un lato alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore, elevando il livello di professionalità dello stesso in relazione alle capacità potenziali e future, e dall'altro ad elevare le capacità professionali complessive dell'Amministrazione, senza che ciò determini inefficienze e malfunzionamenti. Con l'attuazione della rotazione, pertanto, si possono determinare effetti positivi, sia a favore dell'Amministrazione sia a favore del dipendente, al quale si offre l'opportunità di accumulare esperienze in ambiti diversi, perfezionando le proprie capacità e occasioni di progresso nella carriera.

Per le considerazioni di cui sopra, la rotazione viene considerata uno strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane. Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze, in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili, a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse. L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord, con la deliberazione sopra ricordata, ha provveduto quindi, ai sensi dell'art. 1, comma. 4, lett. e), comma 5 lett. b), comma 10 lett. b) della l. n.190/2012, a "definire criteri per

assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione e misure per evitare sovrapposizioni di funzioni e cumuli di incarichi nominativi in capo ai dirigenti pubblici, anche esterni”.

Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarità con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. In Sanità l’applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Con il Regolamento si è inteso disciplinare, in via prioritaria, le procedure di rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione, in base a quanto previsto dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2023-2025 dell’ASL, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 454 del 14/03/2023, e nel rispetto delle indicazioni contenute nel vigente Piano Nazionale Anticorruzione.

La rotazione delle funzioni nel triennio 2024-2026

Nel corso dell’anno 2024 si è verificata nelle strutture amministrative centrali dell’Azienda una rotazione dei dirigenti per gli uffici:

- Direzioni Amministrative dei PP.OO. Ospedalieri;

Nel corso dell’anno 2022, per l’avvicendamento dei vertici aziendali, nel mese di agosto, non è stata attuata alcuna rotazione ordinaria.

Nel triennio 2024-2026 si adotteranno tutti i provvedimenti volti ad assicurare la rotazione ordinaria, ai sensi e per gli effetti del regolamento adottato.

La rotazione straordinaria

Con la deliberazione n. 877 del 25/05/2023, su proposta dell’Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, l’ASL Napoli 2 nord ha approvato il “Regolamento Aziendale in materia di Rotazione del Personale”.

L’art. 8 del suddetto regolamento ha ad oggetto la “ROTAZIONE STRAORDINARIA”, prevista dall’art.16 comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165/2001. È una misura di natura non sanzionatoria dal carattere cautelare e preventivo, finalizzata a garantire che, negli ambiti dove 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 di imparzialità dell’amministrazione.

Il provvedimento della Rotazione Straordinaria riguarda tutti i dipendenti, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, di cui si deve garantire, anche in termini di immagine, l’imparzialità. A tal fine si precisa che l’ANAC, con la delibera n. 215/2019 “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera lquater, del d.lgs. n. 165/2001”, afferma di essere: “Dell’avviso che l’istituto trovi applicazione con riferimento a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l’amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato”.

In caso di notizia formale di avvio di procedimento penale e in caso di avvio di procedimento disciplinare, per fatti di natura corruttiva a carico di un dipendente, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto di lavoro, l’ASL procederà come di seguito:

- per il personale dirigenziale si procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico, ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001;
- per il personale non dirigenziale si procede all'assegnazione ad altro Servizio, ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. l quater del d.lgs. n. 165 del 2001; la competenza in materia spetta al Direttore di UOC..

La U.O.C. Gestione Risorse Umane, la U.O.C. Affari Legali e l'UPD sono tenuti a collaborare con il RPCT in relazione alla trasmissione dei dati del monitoraggio sui casi di avvio di procedimenti penali e/o disciplinari per condotte di natura corruttiva nei confronti dei dipendenti, finalizzata all'attuazione della misura della rotazione straordinaria nonché all'esercizio dei poteri di controllo del RPCT sull'attuazione della normativa di prevenzione della corruzione;

In ossequio alle indicazioni da ultimo fornite dall'ANAC, l'istituto della rotazione straordinaria di cui

all'articolo 16, comma 1, lettera l quater, del d.lgs. n. 165/2001 trova applicazione esclusivamente per i

delitti previsti dagli articoli del codice penale di seguito elencati: 317 (concussione), 318 (corruzione per l'esercizio della funzione), 319 (corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio), 319-bis (circostanze aggravanti), 319-ter (corruzione in atti giudiziari), 319-quater (induzione indebita a dare o promettere utilità), 320 (corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio), 321 (pene per il corruttore), 322 (istigazione alla corruzione), 322-bis (peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri delle Corti internazionali o degli organi delle Comunità europee o di assemblee parlamentari internazionali o di organizzazioni internazionali e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri), 346-bis (traffico di influenze illecite), 353 (turbata libertà degli incanti) e 353-bis (turbata libertà del procedimento di scelta del contraente).

Per tali reati è da ritenersi obbligatoria l'adozione di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta "corruttiva" del dipendente e ne è eventualmente disposta la rotazione straordinaria. L'adozione del provvedimento di cui sopra, invece, è solo facoltativa nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la P.A. (di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconfiribilità ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, dell'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001 e del d.lgs. n. 235 del 2012). Sono, comunque, fatte salve le ipotesi di applicazione delle misure disciplinari previste dai CCNL.

I doveri di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento costituiscono lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una connessione con i PTPCT.

Le singole amministrazioni sono tenute a dotarsi di propri codici di comportamento, definiti con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV. Detti codici rivisitano, in rapporto alla condizione dell'amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale – approvato con

D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 – al fine di integrarli e specificarli.

L'adozione del codice da parte di ciascuna amministrazione rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione/mal amministrazione a livello decentrato perseguita attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti all'amministrazione che lo adotta. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione.

Ne discende che il codice è elaborato in stretta sinergia con il PTPCT. Il fine è quello di tradurre gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue con misure di tipo oggettivo e organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni) in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti.

L'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", come modificato dall'art. 1, co. 44, l. 190/2012 prevede che "ciascuna pubblica amministrazione definisce, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio organismo indipendente di valutazione, un proprio codice di comportamento al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo dell'interesse pubblico.

L'A.N.A.C., con delibere n. 358/2017 "Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" e n. 177/2020 "Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche" ha ribadito la necessità di promuovere, in seno al processo di

formazione del codice, la massima partecipazione dei dipendenti, favorendo l'adeguata comprensione del contesto e delle finalità del codice, nonché degli altri portatori di interesse (stakeholder), interni ed esterni.

L'ASL Napoli 2 nord, con Deliberazione del Direttore Generale n. 647 del 20.12.2019 ha adottato il proprio Codice di Comportamento, attualmente vigente.

L'A.N.A.C., con le Linee Guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche, approvate con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, ha stabilito che le amministrazioni sono chiamate a definire con un proprio codice i doveri di comportamento alla luce della realtà organizzativa e funzionale della propria amministrazione e dei suoi procedimenti e processi decisionali, così da rafforzare il rispetto dei doveri costituzionali, il recupero dell'effettività della responsabilità disciplinare e del collegamento con il sistema intero di prevenzione della corruzione.

Il DPR, adottato ai sensi del D.L. n. 36/2022 dal Consiglio dei Ministri a dicembre 2022, ad oggetto "Regolamento concernente modifiche al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante -codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", ha modificato, integrato ed adeguato le disposizioni soprattutto in relazione al sempre più frequente utilizzo di tecnologie informatiche per lo svolgimento dell'attività lavorativa, nonché al rispetto di principi di carattere ambientale ed energetico.

Per quello scopo, di cui al DPR adottato ai sensi del D.L. n. 36/2022, è stato redatto il nuovo Codice di Comportamento dal RPCT insieme all'UPD e al servizio GRU: allo stato la bozza del nuovo codice è al parere obbligatorio dell'OIV da maggio 2023.

Ai sensi dell'art. 16 del DPR 62/2013 e dell'art.54, c. 6, del d.lgs. 165/2001, sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento:

- Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura;
- L'Ufficio per i procedimenti disciplinari;
- L'OIV.

L'ufficio per i procedimenti disciplinari, in collaborazione con il RPCT ai sensi dell'art. 16, comma 3, del

DPR 62/2012 provvedono:

- all'aggiornamento del Codice di comportamento;
- a formulare pareri sui quesiti presentati dai dipendenti in merito alla corretta applicazione dei Codici di comportamento, raccordandosi a tal fine col Responsabile della prevenzione;
- alla raccolta delle segnalazioni di condotte illecite e alla tenuta del relativo registro nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dall'art. 54 bis, nonché l'esame delle segnalazioni di violazione o di sospetto di violazione dei codici di comportamento.

Il Responsabile della prevenzione cura la diffusione della conoscenza dei Codici, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati.

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari e i Responsabili di ciascuna struttura aziendale sono tenuti a svolgere una costante attività di vigilanza sull'attuazione dei Codici di comportamento, provvedendo a tenere costantemente informato il Responsabile della prevenzione di ogni violazione accertata e contestata e dell'esito del procedimento instaurato nei confronti del trasgressore.

Conflitto di interesse

L'art. 1, comma 41 della legge n. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis nella legge n. 241/90 rubricato "Conflitto di interessi". La disposizione stabilisce che: "Il Responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi in caso di conflitto di interesse, segnalando ogni situazione di conflitto anche potenziale".

La norma contiene due prescrizioni:

- è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, ed è il titolare dell'ufficio

competente ad adottare il provvedimento finale nei casi di conflitto di interessi anche potenziale;

- è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

Per conflitto di interessi reale o potenziale si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di

pregiudizio per l'Azienda.

Tale norma va intesa in maniera coordinata con la disposizione contenuta nell'art. 6 del Decreto del Presidente della Repubblica n.62/2013, "Codice comportamento nazionale", richiamato anche nel codice di comportamento aziendale, che stabilisce in sintesi: "Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o attività che possano coinvolgere interessi propri, o di suoi parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequenza abituali, o di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia cause pendenti o grave inimicizia o rapporti di credito o debiti significativi, o di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore procuratore o agente, ovvero di enti associazioni anche non riconosciute comitati società di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza."

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione, del titolare dell'ufficio quando ricorra un conflitto con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e controinteressati. I destinatari di tale norma sono tutti i dipendenti, il personale convenzionato e i collaboratori dell'Azienda a qualsiasi titolo.

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo, sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

La violazione della norma che si realizza con il compimento di un atto illegittimo dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente, suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Il conflitto può essere:

- attuale, cioè presente al momento dell'azione o decisione del soggetto;
- potenziale, cioè che potrà diventare attuale in un momento successivo;
- apparente, cioè che può essere percepito dall'esterno come tale;
- diretto, cioè che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto;
- indiretto, ovvero che attiene a soggetti diversi.

Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, e ricondursi a tutti i casi in cui sussista il rischio che il dipendente si avvalga della propria posizione, all'interno dell'Azienda, per favorire sé medesimo o un soggetto verso il quale è in qualche modo legato, o nei casi in cui possa essere messa in dubbio l'imparzialità del dipendente nell'assumere decisioni verso soggetti esterni, che hanno con l'Azienda rapporti contrattuali o di fornitura di beni e servizi.

I dipendenti devono astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle proprie mansioni in situazioni di conflitto di interesse (anche potenziale) con interessi personali del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado, oppure di persone con le quali abbiano rapporti di frequentazione abituale nella fattispecie di soggetti o organizzazioni con cui loro stessi o i coniugi abbiano causa pendente o grave inimicizia, o rapporti di credito/debito, ovvero di soggetti ed organizzazioni di cui siano tutori, procuratori, o agenti, ovvero di enti, associazioni, anche non

riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti

dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici. A mero titolo esemplificativo, rappresentano casi di conflitto di interessi:

- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente rilascia concessioni, autorizzazioni, nulla-osta o atti di assenso comunque denominati;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti di beni e servizi per l'ASL, relativamente ai dipendenti di strutture che partecipano, a qualunque titolo, all'individuazione del fornitore;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'ASL, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi lavorativi o professionali affidati a ex dipendenti ASL, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, svolti presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (incompatibilità successiva o "pantouflage");
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, vigilanza, ispettive o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi, che per il tipo di attività o per l'oggetto, possono creare nocumeto all'immagine dell'ASL, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illecita di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;
- gli incarichi e attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal D.lgs. 29/2013 o da altre disposizioni

di legge (inconferibilità e incompatibilità);

- gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga all'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6 del D. Lgs n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"³, presentano una situazione di conflitto di interessi.

In generale, tutti gli incarichi che presentano un conflitto di interesse per la natura o l'oggetto dell'incarico, ovvero che possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

Vista la rilevanza degli interessi coinvolti nel settore degli appalti pubblici, area considerata tra le più esposte a rischio di fenomeni corruttivi, l'ANAC ha ritenuto di dedicare un approfondimento sul tema nella delibera n. 494 del 5 giugno 2019 "Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici".

Le inconferibilità/incompatibilità di incarichi

Il complesso intervento normativo si inquadra nell'ambito delle misure volte a garantire l'imparzialità dei funzionari pubblici, al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato.

Le disposizioni tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita.

La legge ha anche valutato in via generale che il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento imparziale dell'attività amministrativa costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

Il legislatore ha inoltre stabilito i requisiti di onorabilità e moralità richiesti per ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati fissando il divieto di assumere incarichi in caso di sentenza di condanna anche

non definitiva per reati contro la pubblica amministrazione.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi e la risoluzione del relativo contratto.

Come precisato dalla Delibera n. 149/2014 dell'ANAC e la sentenza della III sezione del Consiglio di Stato

n. 5583/2014, "Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39".

Le relative dichiarazioni sono acquisite annualmente ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 39/2013 e pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Istituzionale.

Alla luce di quanto sopra, l'RPCT provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14, limitatamente agli incarichi conferiti per Direttore Amministrativo e 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.

Costituiscono ipotesi di inconferibilità quelle previste dagli artt. 3, 5 e 8 del D. Lgs. 39/2013, ai sensi dei quali, gli incarichi di Direttore Generale, di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario non possono essere conferiti:

1. a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, comma 1, lett. e);

2. a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale (art. 5);
3. a coloro che nei cinque anni precedenti siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL (art. 8, comma 1);
4. a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano esercitato la funzione di Presidente del Consiglio dei ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale (art. 8, comma 2);
5. a coloro che nell'anno precedente abbiano esercitato la funzione di parlamentare (art. 8, comma 3);
6. a coloro che, nei tre anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero abbiano ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale (art. 8, comma 4);
7. a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della ASL (art. 8, comma 5).

La situazione di inconfiribilità 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.

Con l'art. 3 del d.lgs. 39/2013 "Inconfiribilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione", viene disposto il divieto a ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati ove siano intervenute condanne per reati contro la pubblica amministrazione. La durata della inconfiribilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria

dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia di reato. Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni incorrono nella sanzione della nullità.

La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici: l'art 35-bis del D.lgs. 165/2001

Per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale vi è il divieto:

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

Gli incarichi extraistituzionali

In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non

possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo, ovvero svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti, conferiti da altri soggetti pubblici o privati, è regolamentata dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001, che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri di ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

Le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri

dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica.

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nel comma 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità.

È inoltre disciplinata esplicitamente un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di omesso versamento del compenso da parte del dipendente pubblico, indebito percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei Conti.

Divieti post-employment (pantouflage)

La parola di origine francese "pantouflage" viene utilizzata nel linguaggio corrente per indicare il passaggio di dipendenti pubblici al settore privato. Tale fenomeno, seppure fisiologico, potrebbe, in alcuni casi non adeguatamente disciplinati dal legislatore, rivelarsi rischioso per l'imparzialità delle pubbliche amministrazioni. Pertanto, prima a livello internazionale, e successivamente a livello nazionale, è stata dedicata particolare attenzione alla materia.

Il più significativo intervento internazionale in tema di pantouflage è contenuto nella Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione (UNCAC), con la quale è stata raccomandata l'adozione di un'apposita disciplina in materia con la previsione di specifiche restrizioni e limiti.

La l. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165 del 2001,

volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose, così da sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la convenienza di accordi fraudolenti. Il divieto è anche volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali del pubblico dipendente prospettandogli possibilità di assunzioni o incarichi una volta cessato dal servizio (PNA 2018).

La disposizione stabilisce che " I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma

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 e accertati ad essi riferiti.

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D. lgs. n. 163 del 2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione),

non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività del dipendente nell'esercizio dei suoi poteri autoritativi o negoziali.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto

e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni, ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

La formulazione della norma, non del tutto chiara, ha dato luogo a dubbi interpretativi sotto diversi

profili, per cui l'ANAC nell'aggiornamento PNA 2018 ha fatto alcune precisazioni in ordine a:

- Ambito di applicazione: la disciplina si applica a tutti i dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 165/2001, anche a tempo determinato o con contratto di lavoro autonomo, anche titolari di incarichi dirigenziali; il divieto è riferito a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con il soggetto privato (tempo indeterminato, determinato, incarico, consulenza);
- Esercizio di poteri autoritativi e negoziali: i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente per conto della pubblica amministrazione tali poteri, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente, es. dirigenti e funzionari con incarichi dirigenziali, coloro cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno e tutti coloro, anche dipendenti, che hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale collaborando all'istruttoria (ad es. attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori quali pareri, perizie, certificazioni che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione). Pertanto il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che ha firmato l'atto, ma anche a coloro che

hanno partecipato al procedimento con poteri significativi.

- Soggetti privati destinatari dell'attività della P.A.: la nozione di soggetto privato deve essere la più ampia possibile; quindi anche i soggetti formalmente privati ma partecipati o controllati da una pubblica amministrazione, in quanto la loro esclusione comporterebbe un'ingiustificata limitazione dell'applicazione della norma e una situazione di disparità di trattamento;
- Sanzioni: sussistono molti dubbi interpretativi in quanto non sono chiaramente identificati l'organo o l'autorità competente a garantire l'esecuzione degli effetti sanzionatori, tenendo anche conto della difficoltà per l'amministrazione di verificare un comportamento di un dipendente cessato dal servizio. La lacuna normativa non consente di stabilire quale sia l'organo deputato a svolgere il procedimento per l'applicazione delle sanzioni relative alla nullità dei contratti conclusi degli incarichi conferiti.

I patti d'integrità

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico, con finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Con i patti di integrità, l'ASL chiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto a un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

A tal fine le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere d'invito la clausola di salvaguardia, secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto d'integrità dà luogo all'esclusione della gara e alla risoluzione del contratto. In particolare, il Patto d'integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e che permette un controllo reciproco e sanzioni (anche di carattere patrimoniale) in caso di elusione.

Rapporti con i portatori di interessi particolari

Tra le misure generali che le amministrazioni è opportuno adottino, l'Autorità ha fatto riferimento a quelle volte a garantire una corretta interlocuzione tra i decisori pubblici e i portatori di interesse, rendendo conoscibili le modalità di confronto e di scambio di informazioni (PNA 2019, pag. 84).

L'Autorità auspica sia che le amministrazioni e gli enti regolamentino la materia, prevedendo anche opportuni coordinamenti con i contenuti dei codici di comportamento, sia che la scelta ricada su misure, strumenti o iniziative che non si limitino a registrare il fenomeno da un punto di vista formale e burocratico, ma che siano in grado effettivamente di rendere il più possibile trasparenti eventuali

influenze di portatori di interessi particolari sul processo decisionale. MISURA GENERALE N. 11:

l'amministrazione intende dotarsi nel prossimo triennio di un regolamento del tutto analogo a quello licenziato dall'Autorità, con la deliberazione n. 172 del 6/3/2019, che disciplini i rapporti tra amministrazione e portatori di interessi particolari. Al momento non è programmata l'adozione di tale provvedimento nel breve termine da parte dell'ente.

La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing)

L'istituto del Whistleblowing previsto dalla c.d. legge anticorruzione (Legge 6 novembre 2012, n.

190) introduce nell'ordinamento italiano una apposita forma di tutela per il dipendente pubblico che, nell'interesse della pubblica amministrazione, segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.

Con l'espressione whistleblower si fa riferimento al dipendente di un'amministrazione, che segnala violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico agli organi legittimati ad intervenire. Tale segnalazione (cd. whistleblowing) è, pertanto, un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il whistleblower contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico. Il whistleblowing è, dunque, la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il whistleblower, il cui scopo principale è quello di prevenire o risolvere un problema internamente e tempestivamente.

La segnalazione di illeciti è uno degli strumenti di prevenzione della corruzione più rilevanti, attraverso il quale si realizza una importante funzione di emersione di fenomeni di natura corruttiva o illegalità, con ricadute positive, in primo luogo sull'organizzazione (in quanto la segnalazione di illeciti permette di ridurre per il futuro il rischio che gli stessi si presentino nuovamente), ma anche sulla consapevolezza etica del dipendente, dal momento che diviene parte attiva al processo di gestione del rischio corruttivo. L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), che è divenuta destinataria di segnalazioni di whistleblowing, nel fornire alle amministrazioni pubbliche le prime Linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower), auspicava una modifica dell'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001, introdotto dalla legge anticorruzione, finalizzata a prevedere maggiori garanzie di tutela del segnalante e ad estendere le analoghe misure di tutela ad ulteriori categorie di soggetti, oltre ai dipendenti pubblici, che operano nell'ambito e al servizio di una pubblica amministrazione. Il legislatore è intervenuto in tal senso con la Legge 30 novembre 2017, n. 179 riscrivendo integralmente l'art. 54-bis. Alla luce delle intervenute novità legislative, l'ANAC ha provveduto ad adottare nuove Linee Guida (Delibera n. 469 del 9 giugno 2021) per fornire alle Amministrazioni pubbliche un documento aggiornato anche alla disciplina in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679, Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196) e conforme ai principi europei espressi nella Direttiva (UE) 2019/1937, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione.

Con l'entrata in vigore del decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24 si recepisce la direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione. Tra le novità di maggiore rilievo si rilevano:

- l'ampliamento delle tipologie di soggetti che possono effettuare la segnalazione;
- la valorizzazione dell'amministrazione di appartenenza del segnalante, che diviene canale privilegiato al quale segnalare atti, omissioni o condotte illecite, salvo i casi in cui ricorrono le condizioni per effettuare una segnalazione esterna o una divulgazione pubblica;
- l'indicazione di diverse modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta o orale;
- la disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;
- l'espansione dell'ambito oggettivo, tipizzando gli illeciti, gli atti, i comportamenti o le omissioni che possono essere segnalati;
- il rafforzamento e l'ampliamento delle misure di tutela previste per il segnalante e l'espansione del sistema di tutele a soggetti diversi dal segnalante che, in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione, potrebbero subire ritorsioni.
- Precisamente il sistema di tutele offerte consiste in:
 - tutela della riservatezza;
 - protezione da ritorsioni;

- limitazioni della responsabilità rispetto alla rivelazione e alla diffusione di informazioni;
- misure di sostegno da parte di enti del Terzo settore inseriti in un apposito elenco pubblicato dall'ANAC.

Alla luce delle intervenute novità legislative, l'ANAC ha predisposto lo schema di Linee guida con l'obiettivo di dare indicazioni per la presentazione e gestione delle segnalazioni presentate dai soggetti tutelati dal legislatore tramite il canale di segnalazione "esterno" attivato presso l'Autorità, nonché per fornire indicazioni e principi di cui gli enti pubblici e privati possono tener conto per i propri canali e modelli organizzativi interni.

Con il protocollo operativo, adottato con la deliberazione n. 58 del 08.01.2024 su proposta dell'Ufficio del RPCT, l'ASL Napoli 2 nord ha fornito le indicazioni per la presentazione e gestione delle segnalazioni presentate dai soggetti tutelati tramite il canale di segnalazione "interno" attivato presso l'ASL, come previsto dall'art. 4 del decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24, tenendo conto delle indicazioni fornite dall'ANAC con le suddette Linee Guida.

La formazione

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare, oltre che agli obblighi di pubblicazione, diventati sempre più stringenti con il nuovo codice degli appalti pubblici.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della prevenzione della corruzione in accordo con i Dirigenti delle strutture interessate. Ciascun dirigente individuerà il personale impiegato nelle attività a rischio ai fini della partecipazione ai percorsi formativi.

La selezione del personale destinatario della formazione, fatte salve motivate specifiche esigenze, viene operata sulla base dei seguenti criteri di priorità:

- a. ruolo svolto nell'ambito del processo di gestione del rischio;
- b. grado di rischio dell'attività svolta;
- c. livello di responsabilità riconnesso all'incarico o alla posizione ricoperti;
- d. assenza o minor livello di formazione, a parità degli altri requisiti.

Il Piano di Formazione per l'anticorruzione comprenderà:

1. le materie oggetto di formazione corrispondenti alle attività a maggiore rischio di corruzione e le materie relative ai temi della legalità e dell'etica;
2. le indicazioni relative ai dipendenti e ai dirigenti che svolgono attività nell'ambito delle materie sopra citate;
3. il grado di informazione e di conoscenza dei dipendenti nelle materie/attività a rischio di corruzione;
4. le metodologie formative, prevedendo la formazione applicata ed esperienziale (analisi dei rischi tecnici) e quella amministrativa (analisi dei rischi amministrativi); ciò con vari meccanismi di azione (analisi dei problemi da visionare, approcci interattivi, soluzioni pratiche ai problemi, ecc.);
5. l'individuazione dei docenti;
6. il monitoraggio sistematico delle iniziative di formazione e dei risultati acquisiti.

Le misure specifiche

Al di là delle misure generali di prevenzione l'ASL Napoli 2 Nord ha messo in campo delle azioni specifiche di prevenzione. Di particolare rilievo è la mappatura dei processi e la correlata valutazione dei rischi associata a ciascun processo.

Tale attività deve essere approfondita nel corso del 2024, al fine dettagliare in modo preciso e

specifico i diversi processi. In allegato si riporta la mappatura dei processi, come emersa dall'attività svolta nel corso degli ultimi anni.

La mappatura dei processi

Consiste nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione, e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione ed del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

- a. Identificazione del processo: è il primo passo. I processi individuati devono far riferimento a tutta l'attività svolta dall'amministrazione e non solo a quei processi che sono ritenuti, per varie ragioni e non suffragate da una analisi strutturata, a rischio.
- b. Descrizione del processo: dopo aver identificato i processi è opportuno comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione.

Gli elementi utili per la descrizione di un processo sono:

- elementi di ingresso che innescano il processo – input;
- risultato atteso del processo – output;
- sequenza di attività che consente di raggiungere l'output: le attività;
- momenti di sviluppo delle attività: le fasi;
- responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- tempi di svolgimento;
- vincoli;
- risorse e interrelazioni;
- criticità.

La legge 190/2012 e i Piani Nazionali Anticorruzione, che si sono succeduti dal 2013 ad oggi, individuano alcune aree che, in base all'esperienza nazionale ed internazionale, sono da ritenersi ricorrenti nell'ambito delle pubbliche amministrazioni. Queste aree sono state via via integrate ed aggiornate e sono state classificate in obbligatorie, generali e specifiche.

Le aree di rischio prese in considerazione dal presente PTCT sono:

- Acquisizione e gestione del personale;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- Attività di vigilanza, controllo, ispezione;
- Attività Legale e Procedimenti sanzionatori;
- Attività libero professionali e liste di attesa;
- Contratti pubblici;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Gestione di risorse economico-finanziarie;
- Incarichi e nomine;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- Rilevazione presenze.

La valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro fase in cui il rischio viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- l'identificazione del rischio;
- l'analisi del rischio;
- la ponderazione del rischio.

La identificazione degli eventi rischiosi

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare i comportamenti o fatti, che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Questa fase è cruciale perché un evento rischioso, non identificato, non potrà essere gestito, e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi.

In questa fase, il coinvolgimento della struttura organizzativa è fondamentale, poiché i responsabili degli uffici (o processi), avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi. Per poter procedere all'identificazione degli eventi rischiosi è opportuno che ogni amministrazione utilizzi una pluralità di tecniche e prenda in considerazione il più ampio numero possibile di fonti informative. A titolo esemplificativo, le fonti informative utilizzabili sono costituite da:

- le risultanze dell'analisi del contesto esterno ed interno realizzate nelle fasi precedenti;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione, oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione, che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es. internal audit) laddove presenti;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altre modalità (es. segnalazioni raccolte dall'URP);
- le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'ANAC per il comparto di riferimento;
- il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa, analizzati nel corso di momenti di confronto e collaborazione.

L'analisi del rischio

L'analisi del rischio ha come obiettivi quelli di:

- pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione;
- stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.
- L'analisi dei fattori abilitanti consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro. Alcuni esempi:
 - mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli);

- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e 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;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Anche in questo passaggio, stima del livello di esposizione al rischio, il coinvolgimento della struttura organizzativa è indispensabile. In questa fase l'analisi è finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto definito nella fase precedente: processo o sua attività. I criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio, in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti. Di seguito vengono forniti alcuni esempi di indicatori di stima del livello di rischio:

- livello di interesse esterno: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

La rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie ad esprimere un giudizio motivato sui criteri di valutazione di stima del livello di esposizione del rischio deve essere coordinata dal RPCT. Le informazioni possono essere rilevate da soggetti con specifiche competenze o adeguatamente formati, oppure attraverso forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle unità organizzative coinvolte nello svolgimento del processo (c.d. self assessment). In ogni caso, per le valutazioni espresse bisognerà esplicitare sempre la motivazione del giudizio espresso e fornire delle evidenze a supporto.

Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori, si dovrà pervenire ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio. Il valore complessivo ha lo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso). Nel condurre questa valutazione complessiva è opportuno precisare che:

- nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi, siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nello stimare l'esposizione complessiva del rischio;
- è opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico.

L'obiettivo della ponderazione del rischio è di "agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione".

Per quanto riguarda le azioni da intraprendere, una volta compiuta la valutazione del rischio, dovranno essere valutate le diverse opzioni per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione. La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, devono essere individuate misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili.

L'individuazione e la conseguente programmazione di misure per la prevenzione della corruzione

rappresentano il "cuore" del PTPCT.

Le principali tipologie di misure generali e specifiche che possono essere individuate sono:

- controllo;
- trasparenza;
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- regolamentazione;
- semplificazione;
- formazione;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- rotazione;
- segnalazione e protezione;
- disciplina del conflitto di interessi;
- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).

Monitoraggio e riesame

Il PTPCT è un documento di programmazione e come tale deve esserci un adeguato monitoraggio e riesame, consistente nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT, con periodicità almeno semestrale.

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso, e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi e due livelli:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio e il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio di 1° e 2° livello.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità

complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Il monitoraggio di primo livello, dovrà essere attuato in autovalutazione da parte dei referenti, o dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di

attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, attraverso anche la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi “prova” dell’effettiva azione svolta, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell’effettiva adozione della misura.

Il monitoraggio di secondo livello dovrà essere attuato dal RPCT, coadiuvato dalla struttura di supporto, e dovrà essere realizzato sulla totalità delle misure di prevenzione programmate all’interno del PTPCT. Il riesame è il momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell’amministrazione, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi.

Il riesame deve riguardare tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuove più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Tale attività è coordinata dal RPCT ma dovrebbe essere realizzata con il contributo metodologico degli organismi deputati all’attività di valutazione delle performance (OIV) e/o delle strutture di vigilanza e audit interno. È opportuno che tale attività abbia una frequenza almeno annuale per supportare la programmazione triennale delle misure di prevenzione della corruzione.

Si darà conto delle attività di monitoraggio nella Relazione annuale predisposta dal RPCT.

Trasparenza

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l’efficienza e l’efficacia dell’azione amministrativa. Costituisce misura di prevenzione trasversale a tutte le aree a maggior rischio, e coinvolge tutti i processi aziendali essendo strettamente correlata agli obblighi di informazione previsti dalla legge.

Essa consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell’amministrazione e, per tal via, la responsabilizzazione dei funzionari;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, per tal via, se l’utilizzo di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie.

La Trasparenza, quale misura di prevenzione della corruzione, è disciplinata e programmata all’interno di una apposita sezione del PTPCT o della sezione anticorruzione del PIAO, nella quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l’individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Caratteristica essenziale della sezione è l’indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione.

È altresì opportuno definire, in relazione alla periodicità dell’aggiornamento fissato dalle norme, i termini entro i quali prevedere l’effettiva pubblicazione di ciascun dato, nonché le modalità stabilite per la vigilanza ed il monitoraggio sull’attuazione degli obblighi. Per la trasparenza è necessario anche pubblicare nella sezione “Amministrazione Trasparente” le informazioni per consentire l’accesso civico e l’accesso generalizzato secondo quanto già indicato da ANAC (moduli, responsabili e rimedi).

La nuova versione dell’accesso civico è, molto più ampia di quella prevista dalla formulazione attuale dell’art. 5 del d.lgs. 33/2013, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l’accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall’ordinamento.

Il presente Piano, così come previsto dal D. Lgs 97/2016 contiene l’apposita tabella sulla trasparenza nella quale vengono individuate le sezioni di I, II e III livello, i termini di pubblicazione dei dati e i Responsabili della pubblicazione.

Le misure sulla trasparenza rientrano nelle specifiche misure di prevenzione alla corruzione. La stessa Corte Costituzionale ha evidenziato, nella sentenza 20/2019, come la trasparenza sia diventata “principio argine alla diffusione di fenomeni di corruzione”.

Dalla sezione Trasparenza, infatti, risultano tutti gli obblighi di comunicazione che ricadono sui Responsabili dei Servizi nonché il potere riconosciuto al RPCT, al fine di ottenere il rigoroso rispetto di tali obblighi.

La tabella trasparenza allegata al presente Piano è stata elaborata tenendo conto “dell’albero della trasparenza” approvato da ANAC nell’ambito della deliberazione n. 1310/2016 che approva le Linee Guida sugli obblighi di pubblicazione. Pertanto, la sezione Trasparenza, integra e aggiorna quanto previsto nelle precedenti tabelle sulla Trasparenza allegati al PTPCT e, in stretta sinergia con il Piano Performance, definisce gli obiettivi da perseguire in tema di trasparenza.

Nel concreto, il diritto dei cittadini alla trasparenza fa nascere l’obbligo per la ASL di rendere accessibili, per il tramite del sito istituzionale, tutta una serie di dati e documenti per consentire, a chiunque sia interessato, di conoscere l’organizzazione dell’ente e la quantità di risorse impiegate per il suo funzionamento.

Lo scopo di tutto ciò è quello di favorire e incentivare, non solo la pura e semplice conoscenza di tutte queste informazioni, ma anche un vero e proprio controllo civico sull’operato della ASL, ampliando la diffusione delle conoscenze e consentendo, tra l’altro, la comparazione tra le varie esperienze amministrative.

Il nuovo concetto di trasparenza come accessibilità totale impone, non solo un obbligo di mettere a disposizione determinati dati e documenti, ma anche di metterli a disposizione in maniera comprensibile da parte dei destinatari. Tutto questo per consentire un diffuso controllo democratico sul complesso dell’attività amministrativa e attivare, ove possibile, anche efficaci forme di partecipazione e di feedback. Questo, per quanto riguarda il “fronte” dei soggetti esterni all’Amministrazione.

Sul fronte interno, il binomio trasparenza – accessibilità consente all’Amministrazione di rendere conto delle proprie decisioni, scelte e azioni politiche e di essere responsabile per i risultati conseguiti (accountability); favorisce la capacità dell’ente di rispondere efficacemente alle variazioni delle condizioni in cui opera, modificandosi di conseguenza (responsivity); il tutto anche consolidando la propria immagine dal punto di vista della correttezza delle procedure e del rispetto delle norme (compliance).

I dati devono essere costantemente e in ogni momento a disposizione, completamente comprensibili da chiunque li voglia conoscere, senza la necessità di un intervento amministrativo o tecnico da parte dell’amministrazione. Il che implica che i dati e i documenti siano facilmente reperibili all’interno del sito istituzionale, velocemente e costantemente aggiornati. Oltre a tutto ciò, i dati devono essere pubblicati in formato di tipo aperto e devono essere liberamente riutilizzabili, con gli unici obblighi di citarne la fonte e rispettarne l’integrità. In questa prospettiva, l’accessibilità totale diventa anche un efficace strumento di prevenzione e contrasto della corruzione, poiché rende visibili il mancato rispetto dei principi che regolano l’attività amministrativa (prima di tutto, efficienza, efficacia, economicità e imparzialità) e le situazioni di cattivo funzionamento della macchina amministrativa.

Digitalizzazione dei contratti pubblici e obblighi di pubblicazione - Delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023: L’ANAC, con la delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, ha aggiornato e integrato la delibera n. 264 del 20 giugno 2023 riguardante la trasparenza dei contratti pubblici. L’avvio della piena digitalizzazione dei contratti pubblici, a far data dal 1° gennaio 2024, ha fatto scattare anche novità dal punto di vista degli obblighi di pubblicazione.

Infatti, dal 1° gennaio 2024, in sintesi, le stazioni appaltanti assolvono agli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici secondo un doppio binario:

- a. per tutti i dati che l’art. 10 (Informazioni che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti sono tenuti a trasmettere alla BDNCP) della delibera ANAC 261/2023 individua come oggetto di

comunicazione alla BDNCP, attraverso l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "bandi di gara e contratti", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi al ciclo di vita del contratto, previamente comunicati alla BDNCP e da questa resi pubblici, secondo le modalità indicate nella medesima deliberazione; tale 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 di tutti gli atti di ogni procedura contrattuale, dai primi atti all'esecuzione;

- b. per gli atti, i dati e le informazioni che non debbono essere comunicati alla BDNCP, come analiticamente individuati dall'allegato 1 della delibera ANAC n. 264/2023, attraverso la loro pubblicazione tempestiva in formato aperto, modalità tradizionale, a cura della stazione appaltante nella sezione del sito "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "bandi di gara e contratti".
- c. A tal fine, come prevede l'art. 8 della deliberazione ANAC n. 264/2023, saranno individuati nella sotto-sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO/PTPCT, ove sono programmate le azioni per mitigare i rischi corruttivi e la policy sulla trasparenza amministrativa, i soggetti responsabili cui spetta l'elaborazione, la trasmissione e/o la pubblicazione di dati atti e informazioni, ai sensi dell'art.10 del D. Lgs. n. 33/2023.

Tale individuazione riguarderà sia i dati oggetto di comunicazione a BDNCP, sia quelli oggetto di

pubblicazione diretta in "Amministrazione trasparente".

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non necessariamente è direttamente responsabile di tutto il monitoraggio in quanto, come anticipato, nella programmazione delle attività, per assicurare la trasparenza sono individuati uffici appositi cui attribuire il monitoraggio di primo livello.

Questo aspetto organizzativo è definito in maniera autonoma da ciascuna amministrazione/ente, tenendo conto della tipologia di informazioni, delle dimensioni della struttura e del numero di uffici coinvolti. In altre parole, il sistema organizzativo per assicurare la trasparenza ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, si fonda sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti, evitando che tutti gli oneri siano in capo ai RPCT.

PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Linee guida per il piano della formazione

PREMESSA

La formazione riveste un ruolo centrale nella prevenzione della corruzione, in quanto volta a diffondere la cultura della legalità e dell'integrità.

In particolare:

- il comma 8, dell'art.1 della Legge 190/2012, prescrive che il RPC ogni anno definisca "Procedure appropriate per selezionare e formare, ai sensi del comma 10, i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione"
- il comma 10 statuisce che il responsabile della prevenzione della corruzione provveda anche "c) ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione di cui al comma 11", ovvero sui temi dell'etica e della legalità
- il comma 44, "codice di comportamento", prescrive che "le pubbliche amministrazioni verificano annualmente lo stato di applicazione dei codici e organizzano attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione degli stessi".

L'attività formativa prescritta trova articolazione nel Piano triennale di prevenzione della corruzione adottato dalle amministrazioni pubbliche e per cui è richiesto, altresì, ai sensi della lettera b) del comma 9, di prevedere "meccanismi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione".

In sintesi, la formazione si deve articolare su due piani:

- Un livello generale, per tutti i dipendenti, afferente l'aggiornamento delle competenze, i temi dell'etica e della legalità e i codici di comportamento;
- Un livello specifico, per il personale anticorruzione, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Linee guida in materia di programmazione della formazione

La programmazione delle attività formative si deve sviluppare a valle di due azioni:

- Definizione delle nuove procedure per la gestione delle attività di prevenzione della Corruzione, in ragione dell'aggiornamento al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
- Definizione delle nuove procedure per la gestione delle attività di prevenzione della Corruzione, in ragione dei nuovi software di cui si è dotata l'Azienda
- Definizione dei percorsi formativi in ragione della mappatura del rischio specifico.

Tempi e modalità dell'intervento formativo dovranno essere programmati in ragione dell'operatività del percorso e della necessità di rifunzionalizzare l'intero processo.

Occorre, tuttavia, sottolineare la possibilità di avviare fin da subito un'azione formativa focalizzata sugli aspetti etici e sul valore assoluto della prevenzione della corruzione. Tale tipologia di formazione, non essendo connessa ad aspetti operativi può essere programmata in modo complementare ad azioni di comunicazione interna e sensibilizzazione del personale su tali tematiche.

Criteri per la formazione

La formazione deve essere realizzata secondo i seguenti criteri:

- Trasparenza delle procedure di selezione del personale cui sono rivolte le attività

formative;

- Strutturazione degli interventi in più livelli:
 1. “livello formazione generale” destinato a tutti i dipendenti per la diffusione dei valori etici, di legalità e di trasparenza, mediante l’insegnamento di condotte eticamente e giuridicamente adeguati e l’informazione circa le azioni di prevenzione della corruzione messe in atto dall’ASL;
 2. “livello formazione specifica” rivolta ai dirigenti/referenti ed ai funzionari addetti alle aree a rischio ed alla struttura di supporto al RPCT in materia di politica, programmi e strumenti da utilizzare per la prevenzione.
- Trasmissione delle conoscenze acquisite “a cascata” su tutto il personale operante nei settori a più elevato rischio corruzione al fine di favorirne la creazione di una conoscenza specifica e l’applicazione della misura della rotazione del personale;
- Coinvolgimento del personale interessato secondo cadenze temporali differenziate, così che essa non interferisca, in alcun modo, con il regolare svolgimento dell’attività lavorativa o ne causi il rallentamento;
- Pubblicità, attraverso la intranet aziendale, del materiale didattico, in modo da favorire la più ampia diffusione e informazione sui temi oggetto delle attività oggetto di formazione.

Criteri Specifici (di natura tecnico-professionale)

Vengono adottati quali criteri specifici per lo sviluppo dell’attività formativa:

- acquisizione ed implementazione di conoscenze in materia di gestione del rischio che consentano l’alimentazione del nuovo modello gestionale;
- sviluppo delle specifiche competenze professionali per le attività che si collocano nelle aree a più elevato rischio di corruzione e in via prioritaria per quelle attività afferenti alle 4 aree ritenute obbligatorie ai sensi del PNA.

Individuazione dei docenti

Il personale docente impegnato nei corsi organizzati dall’Azienda verrà individuato:

- Tra il personale dell’Azienda che ha partecipato allo sviluppo delle procedure per la nuova gestione delle azioni di prevenzione del rischio di corruzione e per la trasparenza
- Tra il personale che ha contribuito all’implementazione dei nuovi software
- Tra il personale interno esperto nelle materie da trattare per comprovata esperienza e competenza acquisita
- Qualora sia necessario, tra esperti esterni in possesso di particolare e comprovata esperienza e competenza nelle materie/attività a rischio corruzione, nonché sui temi dell’etica e della legalità.

Le modalità di realizzazione della formazione

Le esigenze formative saranno soddisfatte mediante:

- Percorsi formativi erogati su piattaforma e-learning;
- Formazione frontale con personale interno e esterno;
- Partecipazione a seminari/convegni;
- E-mail di aggiornamento;
- Pubblicazioni interne, articoli, diffusione di materiali informativi e didattici.

Le macro aree della formazione programmata per il triennio 2024-2026

Nel corso del triennio le principali tematiche che saranno oggetto dell'attività formativa saranno:

- Gestione del sistema informatico per la rilevazione delle presenze;
- Gestione dei contenuti sul Portale Amministrazione Trasparente;
- Tecniche di monitoraggio e gestione dei procedimenti relativi all'accesso documentale;
- Regime delle incompatibilità;
- Procedure di acquisto;
- Dichiarazione di infungibilità dei beni da acquistare.



PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Mappatura del Rischio Corruttivo Specifico

Ambito	Attività/ Macro Processo	Cause /Fattori di rischio	Grado di rischio	Unità Organizzative coinvolte	Misure specifiche
GESTIONE DEL PERSONALE	Reclutamento	Definizione del profilo professionale del candidato	MEDIO	Direttori di UOC/Direttori di Dipartimento UOC G.R.U. UOC FORMAZIONE	Formazione
		valutazione dei requisiti attitudinali e professionali	ALTO		Coerenza dei bandi con l'Atto Aziendale, il piano dei fabbisogni, le previsioni normative e la sostenibilità finanziaria
		Nomina dei componenti delle commissioni	MEDIO		Predeterminazione dei criteri specifici per individuare il profilo professionale richiesto
		Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione (es. Violazione dell'anonimato per le prove scritte...)	MEDIO		Pubblicità dei Bandi e dei criteri specifici di valutazione e assegnazione dei punteggi
		Interferenza su procedure di trasferimento	ALTO		Procedura di controllo per i componenti di commissioni di selezione per la verifica dell'insussistenza di conflitti d'interesse e di incompatibilità
	Progressioni di carriera	Requisiti di accesso non oggettivi e rischio di discrezionalità nell'attribuzione di posizioni organizzative e fasce di alta professionalità	ALTO	Direttori di UOC/Direttori di Dipartimento UOC G.R.U.	Rotazione componenti e segretari interni delle commissioni esaminatrici
		Progressioni economiche e/o di carriera non basate sul rispetto delle norme o effettuate sulla base di criteri arbitrari finalizzati ad agevolare dipendenti/candidati particolari.	MEDIO		Codice disciplinare e del Codice di comportamento
					Procedura di controllo per i componenti di commissioni di selezione dell'insussistenza di conflitti d'interesse e di incompatibilità
	Conferimenti incarichi Dirigenziali di struttura complessa, semplice, e semplice a valenza dipartimentale + Incarichi a soggetti esterni	Assenza di presupposti programmatici e di verifica delle effettive carenze organizzative con il rischio di frammentazioni di unità operative ed aumento artificioso delle posizioni da ricoprire	BASSO	G.R.U.; Direttori di Dipartimento; Direttori di UOC	Applicazione procedura per la Rotazione dei componenti interni delle commissioni esaminatrici
		Mancata messa a Bando della posizione dirigenziali da ricoprire ricorrendo l'incarico ad interim	MEDIO		Attuazione di regolamenti e contratti
		Accordi per l'attribuzione degli incarichi	ALTO		Trasparenza nelle procedure e loro pubblicazione
		Eccessiva Discrezionalità nella valutazione	ALTO		Coerenza dei provvedimenti con l'Atto Aziendale, il piano dei fabbisogni, le previsioni normative e la sostenibilità finanziaria
	Autorizzazioni al personale dipendente per incarico extra impiego	Autorizzazioni ad incarichi in violazione del regolamento aziendale;	BASSO	G.R.U.; Direttori di Dipartimento; Direttori di UOC	Pedissequa osservanza delle indicazioni contenute nel Paragrafo n. 3 "NOMINE" del PTCT e obblighi di Trasparenza
		Autorizzazioni ad incarichi che determinano situazioni di incompatibilità di diritto e di fatto con a tempo parziale per lo svolgimento delle attività complementari	ALTO		Predeterminazione dei criteri specifici e concreti per individuare il professionista
		Autorizzazioni ad incarichi che comportano un conflitto di interessi con l'attività istituzionale svolta dal lavoratore CONTRO l'interesse al buon andamento dell'azienda.	ALTO		Pubblicità dei Bandi e dei criteri specifici di valutazione e assegnazione dei punteggi
		Autorizzazioni ad incarichi che abbiano il carattere della continuità e della onerosità in violazione delle norme che impongono l'accesso al lavoratore al rapporto di lavoro	BASSO		Trasparenza attraverso pubblicazione sul sito aziendale criteri di individuazione dei membri delle commissioni esaminatrici e verifica delle dichiarazioni di assenza di incompatibilità e conflitto di interesse
	Gestione e controllo del personale	Mancanza di trasparenza e/o imparzialità	MEDIO	G.R.U.; Direttori di Dipartimento; Direttori di UOC	Controllo sulle dichiarazioni di assenza di incompatibilità e conflitti di interesse
		Uso di falsa documentazione e/o attestazione e/o mancato controllo per agevolare taluni soggetti	MEDIO		Inserimento di clausole che prevedono lo scioglimento del rapporto di lavoro qualora l'incarico extraistituzionale sia stato contratto a seguito di dichiarazione mendace o di insussistenza di clausole di incompatibilità, conflitto di interesse o in violazione del Codice di Comportamento Aziendale nonché delle norme disciplinari
		Abuso dello strumento della valutazione al fine di agevolare taluni dipendenti	BASSO		a) esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni nell'atto aziendale ed agli indirizzi programmazione regionale;
		Abuso nella Procedura per la negoziazione e valutazione degli obiettivi assegnati ai dirigenti	BASSO		b) 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 e s.m.i., esplicitazione della modalità di partecipazione del comitato di dipartimento alla individuazione dei Direttori di dipartimento;
Mancata Applicazione della normativa in materia disciplinare		BASSO	UPD	c) 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, al fine di delineare il perimetro di valutazione rispetto anche alla raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la struttura si pone;	
				d) pubblicazione degli atti del procedimento con evidenziazione di quanto previsto ai punti a) e b)	
				e) Aggiornamento Regolamentazione per la Rotazione del personale inserito in progettualità finanziate	
				f) Predisposizione e/o aggiornamento Regolamento dell'UPD per Area Dirigenza, Comparto e Specialistica Ambulatoriale	
				g) Aggiornamento Regolamento Incompatibilità del personale	
				Reportistica circa le attività svolte dall'UPD e i controlli in materia disciplinare	

Ambito	Attività/ Macro Processo	Cause /Fattori di rischio	Grado di rischio	Unità Organizzative coinvolte	Misure specifiche	
Certificazione crediti; Pagamenti	Emissione di ordinativi di pagamento	Modalità di controllo non basate su criteri obiettivi e trasparenti finalizzate a conseguire profitti o ad arrecare danno ingiusto	ALTO	Direttori di Dipartimento; Direttori di UOC	Formazione	
		ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti	ALTO		Applicazione procedura interna di rotazione del personale addetto ai mandati di pagamento	
		liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrapprestazioni o fatturare prestazioni non svolte	ALTO		Pubblicazione dei tempi di pagamento delle fatture per ciascun fornitore	
		effettuare registrazioni a bilancio e rilevazioni non corrette non veritiere	BASSO		Tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari attraverso la pubblicazione sul sito web aziendale	
	Procedure di certificazione dei crediti dei fornitori aziendali	permettere i pagamenti senza rispettare la cronologia delle fatture	MEDIO	CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORE UOC GREF FORMAZIONE UOC URP/MARKETING	Informatizzazione dei processi	
	Gestione delle cessioni di credito	Anomalie nella procedura di cessione e di valutazione del credito	BASSO		Whistleblowing	
	Mandati Elettronici	Discrezionalità nei tempi dei pagamenti	ALTO		Applicazione Percorso attuativo di certificabilità dei dati PAC e dei bilanci dell'ASL	
Contenziosi legali	Gestione procedure recupero spese legali, predisposizione di diffide/atti per eventuale recupero forzoso o coattivo; predisposizione atti concernenti procedimenti di recupero pendenti e ATTI GIUDIZIARI (sia come attore che come convenuto) nessuno escluso	Pur trattandosi di atti sostanzialmente vincolati, si rileva possibilità di rischio legato a comportamenti amministrativamente inidonei all'attività di recupero.	BASSO	CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORE UOC GREF FORMAZIONE UOC URP/MARKETING	Formazione	
					Acquisizione dichiarazioni sostitutive di certificazione sull'insussistenza di situazioni di incompatibilità e conflitti di interesse in relazione alle pratiche trattate	
					Verifica sull'insussistenza di situazioni di incompatibilità e conflitti di interesse	
					Nella fase di liquidazione dei corrispettivi, controllo sulla regolare esecuzione delle prestazioni dei soggetti esterni	
					Trasparenza delle modalità di attribuzione tra i legali interni degli oneri professionali secondo legge (D.M. 55/2014)	
					Acquisizione dichiarazioni sostitutive di certificazione sull'insussistenza di situazioni di incompatibilità e conflitti di interesse in relazione alle pratiche trattate	
	Assegnazione dei contenziosi agli avvocati esterni	Rischio determinato dalla discrezionalità del contesto	Non corretta applicazione della procedura con particolare riferimento al possesso dei requisiti rispetto all'oggetto della consulenza	MEDIO	UOC Affari Legali	Verifica negli schemi di contratto dell'accettazione oltre del Codice di comportamento anche del PTPCT prevedendo la risoluzione o la decadenza dal rapporto contrattuale per i casi di violazione degli obblighi previsti nei predetti atti.
						Acquisizione e verifica delle dichiarazioni di assenza di cause di conflitto di interesse e di incompatibilità
						Procedura comparativa dei C.V. Professionisti Incarichi Esterni
						Pubblicazione sul sito web aziendale dell'elenco degli incarichi affidati
Mancato accertamento della coerenza tra l'oggetto dello specifico incarico e la professionalità individuata			MEDIO		Applicazione rigorosa delle procedure di rotazione per gli affidamenti	
					Scelta del professionista solo nelle ipotesi: 1) acclarata incompatibilità degli avvocati interni 2) impossibilità per l'Avvocatura interna (ES. Magistrature superiori o penali) o per eccessivo carico di lavoro 3) Particolare specificità della fattispecie	

Ambito	Attività/ Macro Processo	Cause /Fattori di rischio	Grado di rischio	Unità Organizzative coinvolte	Misure specifiche
Affidamenti, Individuazione fornitori	Programmazione	frazionamento nelle gare; affidamenti diretti; proroghe degli affidamenti; gare urgenti; estensione su affidamenti già espletati; aggiornamenti prezzi e varianti in corso d'opera; reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto; la revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali	ALTO	CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORI UU.OO.CC. ABS-GRTT-SISTEMI INFORMATIVI- DIPARTIMENTO FARMACEUTICO Controllo di Gestione	Formazione specifica in tema di Appalti Obbligo di adeguata motivazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti. Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara). Comunicazione alla Posizione Organizzativa Pubblicazione Atti - Anticorruzione e Trasparenza attraverso i Responsabili della comunicazione dei dati, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni
	Progettazione	nomina dei responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza; fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara; - attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato; - procedure negoziale e affidamenti diretti per favorire un operatore; - predisposizioni di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione; - definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione); - prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti; - abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere; - formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione di punteggi (tecnici ed economici) che possono contagiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici.	ALTO	CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORI UU.OO.CC. ABS-GRTT-SISTEMI INFORMATIVI DIPARTIMENTO FARMACEUTICO Controllo di Gestione	Prevedere strategie di acquisto per assicurare la rispondenza della più ampia procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici. Ricorrere alle procedure SORESA e CONSIP ove possibile e/o previsto Introdurre consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche; Rotazione del RUP e del personale di supporto al RUP Particolare attenzione nella scelta della procedura di aggiudicazione al ricorso della procedura negoziata; definire precisi criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione e criteri di attribuzione di punteggio; evitare di prevedere requisiti restrittivi di partecipazione; inibire la redazione di progetti e capitolati approssimativi e che non dettagliano sufficientemente ciò che deve essere realizzato in fase esecutiva; valutare con completezza la stima del valore dell'appalto; non prevedere criteri di aggiudicazione della gara eccessivamente discrezionali o incoerenti, attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto aventi riguardo alle norme pertinenti e all'oggetto complessivo del contratto, procedure CONSIP SORESA OVE POSSIBILE E/O PREVISTO Introdurre audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione; Verifica costante del ricorso al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV) in caso di affidamenti di beni e servizi standardizzati, o di lavori che non lasciano margini di discrezionalità all'impresa; Dettagliare obbligatoriamente nel bando di gara, in modo trasparente e congruo, i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta; Inserire nei bandi gara e negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione specifica dichiarazione da parte di concorrenti la condizione che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione dell'art.53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 Prevedere, nella sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara, dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara; Utilizzare clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici; prevedere in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità; porre in essere misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RUP a soggetti in possesso di requisiti di professionalità prescritti Procedura pubblica per rendere nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.
	Selezione del contraente	- Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara - l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito - la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti - alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo - l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante l'immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando - il mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione - l'alto numero di concorrenti esclusi la presenza di reclami o ricorsi da parte di offerenti esclusi - nonché una valutazione dell'offerta non chiara/trasparente/giustificata, l'assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta - l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza - la presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi operatori ovvero di gare con un ristretto numero di partecipanti o con un'unica offerta valida.	ALTO	CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORI UU.OO.CC. ABS-GRTT-SISTEMI INFORMATIVI DIPARTIMENTO FARMACEUTICO Controllo di Gestione	procedure di gara utilizzando la procedura telematica "Albo fornitori e procurement"; Accessibilità online della documentazione di gara; Pubblicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara; Implementazione e verifica delle Linee guida interne che individuino in linea generale i termini (non minimi) da rispettare per la presentazione delle offerte con la motivazione e rendicontazione qualora si rendano necessari termini inferiori; Implementazione e verifica di Direttive/linee guida interne per la corretta conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo, al fine di consentire verifiche successive per la menzione dei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici); trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni ed eventuali consulenti; Implementazione di albi ed elenchi PUBBLICI di possibili componenti delle commissioni di gara suddivisi per professionalità (da reclutare anche con domande di partecipazione) Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti, almeno per contratti di importo rilevante, atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nominativi o di reclami/segnalazioni sulle nomine effettuate

Ambito	Attività/ Macro Processo	Cause /Fattori di rischio	Grado di rischio	Unità Organizzative coinvolte	Misure specifiche
	Verifica dell'Aggiudicazione	<ul style="list-style-type: none"> - Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti; - Verifiche effettuate ma alterate per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori che seguono nella graduatoria; - Violare le regole poste a tutela della trasparenza della procedura per evitare o ritardare i ricorsi da parte degli esclusi o non aggiudicatari; 	ALTO	CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORI UU.OO.CC. ABS-GRIT-SISTEMI INFORMATIVI DIPARTIMENTO FARMACEUTICO Controllo di Gestione	Applicazione delle emanate direttive interne per assicurare la collegialità nella verifica dei requisiti sotto la responsabilità del dirigente dell'ufficio e presenza dei funzionari dell'ufficio coinvolti nel rispetto del principio di rotazione. Introduzione di un termine tempestivo di pubblicazione dei risultati dell'aggiudicazione. Formalizzazione e pubblicazione da parte dei funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gara, di una dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità con l'aggiudicatario e con la seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari, con riferimento agli ultimi cinque anni.
	Esecuzione del contratto	<ul style="list-style-type: none"> - Approvazione delle modifiche del contratto originario; - autorizzazione al subappalto; - ammissione delle varianti; - verifiche in corso di esecuzione, verifica delle disposizioni in materia di sicurezza; - 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, viceversa - il mancato invio di informazione 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 - la mancata acquisizione del CIG o dello smart CIG in relazione al lotto o all'affidamento specifico ovvero alla sua mancata indicazione negli strumenti di pagamento. 	ALTO	CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORI UU.OO.CC. ABS-GRIT-SISTEMI INFORMATIVI DIPARTIMENTO FARMACEUTICO Controllo di Gestione	Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di Trasmissione all'ANAC Effettuazione di un report periodico da parte di ciascuna UOC, al fine di rendicontare al controllo di gestione sulle procedure di gara Pubblicazione del report periodico sulle procedure di gara espletate sul sito della stazione appaltante oppure Predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti di soggetti in possesso dei requisiti per la nomina dei collaudatori, da selezionare di volta in volta tramite sorteggio oppure Pubblicazione delle modalità di scelta dei nominativi della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo. Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione. Verifica di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati. Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi. Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi. Per il calcolo dello scostamento di tempo di ciascun contratto sarà necessario fare la differenza tra il tempo effettivamente impiegato per la conclusione del contratto e il relativo tempo previsto da progetto e rapportarla al tempo di conclusione inizialmente previsto
	Conflitti di interesse	potenziale/intrinseca "prossimità" di interessi tra i soggetti coinvolti, ovvero il sorgere di conflitti d'interesse	ALTO	CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORI UU.OO.CC. ABS-GRIT-SISTEMI INFORMATIVI DIPARTIMENTO FARMACEUTICO Controllo di Gestione DIPARTIMENTO FARMACEUTICO AFFARI GENERALI UOC URP/MARKETING UOC FORMAZIONE	Individuazione delle fattispecie tipiche di conflitto di interessi Divulgazione di informazioni finalizzate a consentire ai tecnici e ai professionisti sanitari più esposti al rischio di conflitto di interessi, ad agire con la consapevolezza e la responsabilizzazione necessaria Adozione e/o aggiornamento di un regolamento finalizzato a facilitare l'implementazione coordinata di misure preventive che agiscano contemporaneamente sul Piano della sensibilizzazione e della responsabilizzazione degli attori coinvolti Piano di formazione dei professionisti coinvolti mediante moduli dedicati alla gestione dei conflitti di interesse
	Sponsorizzazioni				Adozione e diffusione di documenti esplicativi che facilitino l'autovalutazione delle situazioni personali e relazionali con riferimento al contesto in cui ciascun soggetto si trova ad operare (in una Commissione giudicatrice, in un Collegio tecnico per la stesura degli atti di gara, ecc.) Modulistica specifica per la raccolta di dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse e definizione di apposite procedure per la raccolta, tenuta ed aggiornamento di tali dichiarazioni
	Attività extra impiego				Predisposizione e/o aggiornamento Regolamento che contenga le indicazioni di cui al PTPCT (ovvero che le richieste di sponsorizzazione siano indirizzate all'Azienda e non ai singoli professionisti, che sia l'Azienda ad indicarli in base a criteri oggettivi, previsione di programmi di formazione finanziati con i proventi delle sponsorizzazioni)
	Acquisti sotto soglia di € 40.000,00				Discrezionalità scelta del contraente
Proroghe contrattuali	Discrezionalità scelta del contraente			Sistema di controllo interno, attraverso la predisposizione e/o aggiornamento di apposito regolamento, al fine di informare RUP, il RPCT e il Collegio dei Revisori Aziendali, per consentire di verificare, nel caso in cui l'appaltatore individuato risulti già affidatario del precedente appalto, se la scelta sia sorretta da idonea motivazione Eventuali controlli a campione da parte dell'RPCT attraverso la richiesta ai RUP di dati ed informazioni, anche aggregate, sulle scelte e le relative motivazioni nonché su eventuali scostamenti tra l'importo del contratto e l'importo corrisposto all'appaltatore, illustrandone la motivazione (con eventuale segnalazione nel caso in cui sia rilevata la violazione dell'art. 35 del Codice dei contratti pubblici nella vigente formulazione agli organi di vertice e ad altri organi competenti). Necessaria esplicitazione delle motivazioni del ricorso alla proroga, indicando i livelli di responsabilità per il ricorso alla stessa ed obbligo di inserimento della clausola, per i beni che non vi rientrano, che "il bene o servizio non rientra nelle categorie merceologiche indicate dalle vigenti disposizioni	

Ambito	Attività/ Macro Processo	Cause /Fattori di rischio	Grado di rischio	Unità Organizzative coinvolte	Misure specifiche
Acquisti	CENTRALI DI COMMITTENZA	<p>Fase di formulazione e comunicazione dei fabbisogni</p> <p>Mancato rispetto dei tempi di invio della programmazione e dei relativi aggiornamenti; Mancata o non chiara definizione delle competenze per l'approvazione del fabbisogno e la definizione dei livelli organizzativi (referenze qualificate);</p> <p>Parziale comunicazione con la centrale, generando una progettazione ed un'aggiudicazione non allineata con i reali fabbisogni oppure l'aggiudicazione di prodotti che non corrispondono alle esigenze e che non verranno poi acquisiti; Elusione degli obblighi di adesione causata dall'assenza di strumenti e procedure di verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti già disponibili o programmati; il mancato rispetto o utilizzo dei vocabolari o delle codifiche previste dalla centrale porta alla formulazione di un fabbisogno non chiaro che può inficiare la corretta progettazione della gara da parte delle centrali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione di acquisizioni autonome in presenza di strumenti messi a disposizione dalla centrale, causato dal mancato monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori della centrale stessa; - Individuazione di un fabbisogno simile ma non sovrapponibile a quello offerto dalla centrale; <p>Mancato rispetto dei tempi di invio della programmazione e dei relativi aggiornamenti; l'invio delle comunicazioni/informazioni da parte di soggetti non titolati;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione/effettuazione di gare con oggetti sovrapponibili a quelli delle centrali di committenza; - Presenza di proroghe contrattuali per beni e servizi oggetto di strumenti attivi delle centrali; - presenza di solleciti da parte delle centrali di acquisto. 	ALTO	<p>CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORI</p> <p>UU.OO.CC. ABS-GRTT-SISTEMI INFORMATIVI</p> <p>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</p> <p>UOC URP/MARKETING</p>	<p>Obbligo di evidenziare, nella programmazione annuale, il ricorso agli strumenti delle centrali di committenza nonché di prevedere una sezione separata per le categorie riservate ai soggetti aggregatori;</p> <p>Adozione e pubblicazione di procedure interne di segregazione di responsabilità e compiti per le fasi di manifestazione, elaborazione, analisi e validazione del fabbisogno ed identificazione dei soggetti titolati a trasmettere i fabbisogni alle centrali;</p> <p>Previsione di una fase di aggiornamento della programmazione in corso di anno;</p> <p>Previsioni di audit interni circa il rispetto dei tempi e delle codifiche di prodotti e servizi.</p> <p>Obbligo di motivare sul Piano tecnico e gestionale, anche mediante valutazioni di appropriatezza d'uso, la formulazione di bisogni che fuoriescano dagli standard comunicati in corso di programmazione.</p>
		<p>Fase di adesione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non corretta analisi del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali, al fine di dichiararne la non compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati o con le esigenze di appropriatezza dell'utilizzo dei prodotti; - Definizione dell'oggetto degli atti di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni complementari; - Mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificiosamente il bisogno; - Definizione del fabbisogno sovrastimato o sottostimato in modo da non poter aderire eccedendo le eventuali soglie minime e/ massime. - Presenza di rischi la stipula di contratti autonomi/affidamenti sotto soglia nelle categorie riservate ai soggetti aggregatori; - Approvazione di variazioni qualitative e quantitative che non dimostrino il rispetto dei limiti consentiti dagli strumenti delle centrali; - Contrattualizzazione/il pagamento di prestazioni in variazione non motivati (nella determina o nei certificati di pagamento) con riferimento alle opzioni consentite; - Assenza di rendicontazioni circa le comunicazioni delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità e delle risoluzioni alla centrale di committenza; - Superamento delle soglie di spesa annua per le categorie merceologiche riservate ai soggetti aggregatori e stabilito dal d.p.c.m. di cui all'art. 9, co. 3 del d.l. 66/2013. 	ALTO	<p>CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORI</p> <p>UU.OO.CC. ABS-GRTT-SISTEMI INFORMATIVI</p> <p>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</p>	<p>Previsione di istanze di controllo interno (o di validazione tecnica) in caso di acquisizione di beni e servizi in quantità diverse da quelle programmate e comunicate;</p> <p>Adozione di modelli di contratto di adesione ad accordi quadro, convenzioni che standardizzino i processi di adesione anche mediante l'utilizzo di check list dei contenuti e dei passaggi obbligatori;</p> <p>previsione nei contratti di acquisto dell'obbligo del contraente di comunicare alle centrali di acquisto delle adesioni parziali o in quantità diverse da quelle programmate, accompagnate da eventuali relazioni circa la non compatibilità/sovrapponibilità con i fabbisogni espressi o emersi in seguito alla relativa comunicazione, nonché con le esigenze di appropriatezza d'uso sopravvenute;</p> <p>Attivazione di audit interni in caso di segnalazioni, osservazioni o richiami da parte delle centrali di committenza a causa di mancate o parziali adesioni che richiedano necessarie acquisizioni complementari, nonché in caso di mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione o di attivazione degli strumenti (mancato rispetto dei limiti minimi di ordinazione; dichiarazione di inadeguatezza dei tempi di consegna o realizzazione della prestazione, ecc.).</p>
		<p>In fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze di approvvigionamento; - Mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; - Richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione; - Mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità e delle risoluzioni alla centrale di committenza che inficiano, da un lato, la corretta gestione degli accordi e delle convenzioni da parte della centrale e, dall'altra, possono essere utilizzati al solo scopo di giustificare acquisizioni autonome sovrapponibili; - Effettuazione di acquisizioni di prestazioni complementari che modifichino sostanzialmente il profilo qualitativo dei prodotti/servizi aggiudicati dalle centrali 	ALTO	<p>CIASCUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE DIRETTORI</p> <p>UU.OO.CC. ABS-GRTT-SISTEMI INFORMATIVI</p> <p>DIPARTIMENTO FARMACEUTICO</p> <p>AFFARI GENERALI</p>	<p>Pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia, a prescindere dagli importi;</p> <p>Necessità di motivazione in ordine alle esigenze sia tecniche che cliniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità;</p> <p>Pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti);</p> <p>Previsione di una valutazione di outcome (oltre che di conformità, sui maggiori vantaggi ottenuti) in caso di acquisizioni autonome o in variazione rispetto agli standard previsti negli strumenti delle centrali;</p> <p>Pubblicazione dei certificati di conformità/parziale, conformità/mancata, conformità che tengano conto anche delle penali, delle sospensioni, delle verifiche e delle risoluzioni parziali, ecc.;</p> <p>Trasmissione di report periodici alle centrali contenente le citate informazioni.</p>

Ambito	Attività/ Macro Processo	Cause /Fattori di rischio	Grado di rischio	Unità Organizzative coinvolte	Misure specifiche
Dipartimento di Prevenzione	Procedure di autorizzazione e/o concessioni	modalità di controllo non basate su criteri obiettivi e trasparenti finalizzate a conseguire profitti o ad arrecare danni ingiusti;	ALTO	CIASCUNO PER LA PROPRIA COMPETENZA	FORMAZIONE
	Vigilanza sugli aspetti igienico sanitari di sicurezza e di igiene alimentare	modalità di controllo non basate su criteri obiettivi e trasparenti finalizzate a conseguire profitti o ad arrecare danni ingiusti;		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	<p>Controlli sulla Rotazione del personale interno addetto ai controlli</p> <p>Controllo della insussistenza di cause di conflitto di interessi ed incompatibilità in relazione alle attività svolte</p> <p>Predisposizione e/o aggiornamento di una procedura gestionale che garantisca lo svolgimento della funzione di controllo da parte degli operatori preposti in modo trasparente obiettivo e regolare.</p> <p>Predisposizione e/o aggiornamento di un Regolamento che preveda le modalità delle attività di vigilanza</p>
Gestione delle attività del privato in Regime di accreditamento	Autorizzazione all'esercizio	<p>- Atto autorizzativo effettivamente legato all'analisi del fabbisogno;</p> <p>- Nel caso in cui venisse sulla base del fabbisogno, un tetto massimo di autorizzazioni rilasciabili, occorrerebbe prevenire il rischio di possibili pressioni finalizzate a includere un soggetto nel numero chiuso;</p> <p>- Nel caso in cui l'analisi del fabbisogno avesse invece un rilievo meramente orientativo i rischi si incentrerebbero esclusivamente sul possesso dei requisiti.</p>	ALTO	<p>CIASCUNO PER LA PROPRIA COMPETENZA</p> <p>DIREZIONE STRATEGICA</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</p> <p>PERSONALE AFFERENTE</p> <p>DIRETTORI DEI DISTRETTI SANITARI</p> <p>ACCREDITAMENTO E CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA</p> <p>FORMAZIONE</p> <p>SERVIZIO ISPETTIVO SANITARIO</p>	<p>Formazione per il personale preposto alle attività e per i procedimenti esposti a rischio di corruzione</p> <p>Applicazione di Procedure di Determinazione del fabbisogno</p> <p>Attivazione di misure di trasparenza nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, relativamente a:</p> <p>a) struttura del mercato, ovvero dell'atto di determinazione del fabbisogno, con l'evidenza dei territori saturi e di quelli in cui l'offerta risulti carente;</p> <p>b) elenco dei soggetti autorizzati;</p> <p>c) esiti delle attività ispettive di cui al successivo paragrafo.</p> <p>Definizione di un piano di controlli concomitanti da rendere oggetto di misura di prevenzione ulteriore dove siano indicati:</p> <p>1. il numero minimo dei controlli che, a campione e senza preavviso, si intendono effettuare;</p> <p>2. i criteri di scelta</p> <p>3. le modalità di conduzione dei controlli, ad esempio con riferimento alla periodicità (almeno annuale) alla composizione dei team ispettivi, avuto riguardo a prevedere team a composizione mista anche eventualmente con personale proveniente da aziende diverse da quelle di competenza territoriale cui afferisce il soggetto sottoposto a controllo</p> <p>Predisposizione di Azioni volte a presidiare il procedimento autorizzativo, indirizzando ed intensificando i controlli sul possesso dei requisiti autorizzativi nella fase pre-autorizzativa e, successivamente, con controlli anche a campione e senza preavviso, sul mantenimento degli stessi, con frequenza almeno annuale.</p> <p>Applicazione Procedura per la rotazione del personale interno, prevedendo eventualmente la partecipazione anche di personale esterno all'azienda.</p> <p>Previsione di una clausola all'interno dei provvedimenti di accreditamento, che specifichi che tale provvedimento non determina automaticamente il diritto del privato ad accedere alla fase contrattuale e che lo stesso provvedimento può essere soggetto a revisione in relazione al mutarsi delle condizioni che ne hanno originato l'adozione, fatti salvi i casi previsti dalla normativa vigente che integrano le ipotesi di sospensione e/o revoca,</p> <p>Prevedere meccanismi non automatici di rinnovo del contratto ma legati alle verifiche delle performance, anche in termini di risultati e di qualità del servizio offerto</p> <p>Predisposizione e/o aggiornamento da parte della UOC Accreditamento di un apposito Regolamento che preveda in sede di stipula del contratto per il soggetto accreditato di impegnarsi a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie agende di prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto</p> <p>Rendere pubblici i criteri di distribuzione delle risorse, nel caso in cui questi ultimi siano definiti a livello aziendale</p> <p>Prevedere l'inserimento di una clausola che impegni il privato accreditato a rispettare e mantenere i requisiti organizzativi nel rispetto della dotazione organica quali/quantitativa prevista per la tipologia di attività sanitaria oggetto di Accreditamento e di Contrattualizzazione.</p> <p>Previsione per quanto attiene il personale nei modelli contrattuali se posti in essere dalla ASL una clausola che impegni il Privato Accreditato a rispettare e mantenere i requisiti organizzativi nel rispetto della dotazione organica quali quantitativa prevista per la tipologia di attività sanitaria oggetto di Accreditamento e di contrattualizzazione</p> <p>Prevedere, per quanto attiene gli acquisti, se posti in essere dalla ASL, l'impegno del soggetto privato accreditato e contrattualizzato, ad assicurare livelli di qualità delle Tecnologie dei presidi Sanitari che garantiscono i Parametri di qualità ed efficienza dei parametri e sicurezza delle attività sanitarie</p> <p>Prevedere eventualmente la sottoscrizione di intese con la Guardia di Finanza o con altre istituzioni, oltre alle collaborazioni tra aziende sanitarie.</p> <p>Prevedere controlli di qualità a tutela del cittadino e di misure che garantiscano una corretta informazione come ad esempio, la pubblicazione dei prezzi delle prestazioni.</p> <p>Rotazione team ispettivi</p> <p>Controlli a campione e senza preavviso anche nella fase di esecuzione dei contratti</p> <p>Prevedere in sede contrattuale meccanismi non automatici di rinnovo del contratto ma legati alla verifica delle performance anche in termini di risultati e di qualità del servizio offerto</p> <p>Predisposizione e/o aggiornamento da parte della UOC Accreditamento di un apposito Regolamento che preveda in sede di stipula del contratto per il soggetto accreditato di impegnarsi a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie agende di prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto;</p> <p>Rendere pubblici i criteri di distribuzione delle risorse, nel caso in cui questi ultimi siano definiti a livello aziendale</p>
	Contratti di Attività	Concorrenza sleale legati, ad esempio, ai casi di offerta di prestazioni "private" allo stesso prezzo del ticket, nonché, più in generale; Erogazione di prestazioni che, a parità di costi, rivelino differenti livelli di qualità.			

Ambito	Attività/ Macro Processo	Cause /Fattori di rischio	Grado di rischio	Unità Organizzative coinvolte	Misure specifiche
Farmaceutica	CONTROLLI SULLE FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE SULLE PARAFARMACIE SUI GROSSISTI DI FARMACI	modalità di controllo non basate su criteri obiettivi e trasparenti finalizzate a conseguire profitti o ad arrecare danni ingiusti;	ALTO	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO FARMACEUTICO DISTRETTI SANITARI SISTEMI INFORMATIVI CONTROLLO DI GESTIONE UOC FORMAZIONE UOC URP/MARKETING	Formazione mirata per il personale preposto alle attività e per i procedimenti esposti a rischio di corruzione
	FURTI DI PRODOTTI FARMACEUTICI	carenza di controlli e mancata adozione di misure idonee a scongiurare furti di prodotti farmaceutici			Applicazione rigorosa nell'assegnazione della responsabilità dei procedimenti del codice di comportamento dei dipendenti pubblici e del codice aziendale specie per quanto attiene alla prevenzione e o rimozione delle situazioni di conflitto di interesse
	PRESCRIZIONE DEI FARMACI IN AMBITO EXTRAOSPEDALIERO	Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire a diffusione di un particolare farmaco e/o frodare il SSN Omissioni e/o irregolarità dell'attività di vigilanza e controllo quali / quantitativi delle prescrizioni da parte dell'ASL			Verifica della corretta applicazione della Gestione informatizzata del magazzino per la corretta movimentazione delle scorte Verifica della corretta applicazione della Informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione Verifica standardizzazione procedure di controllo secondo il regolamento interno Utilizzo dei Modelli AGENAS per le dichiarazioni di conflitto di interessi Implementare la reportistica da parte di tutti i medici e sulle prescrizioni per individuare tempestivamente le anomalie Verifica delle misure anti intrusione (anche quelle di natura informatica) Verifica della sistematica e puntuale reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco/prescrittore e farmaco-paziente Attività di vigilanza da parte dei Distretti.
ALPI - Liste di Attesa	LISTE DI ATTESA	Comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o profitti indebiti carenza di specialisti ambulatoriali; non rispetto da parte dei medici di medicina generale dei criteri di priorità da apporre sulla ricetta del SSR; non corretta registrazione sul sistema informativo aziendale del grado di priorità con il rischio di imputare le prenotazioni programmate in quelle ordinarie; scelta dell'utente di particolari specialisti per i quali si registrano tempi lunghi che alterano la media;	ALTO	UOC FORMAZIONE DIRETTORI SANITARI DS e PO SERVIZIO ISPETTIVO AMMINISTRATIVO E SANITARIO CIACUNO PER QUANTO DI COMPETENZA U.O.C. SISTEMA PREMIANTE, SISTEMA VALUTAZIONE – RELAZIONI SINDACALI - ALPI	Formazione
	ATTIVITA' ALPI	False dichiarazioni per ottenere l'autorizzazione inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale violazione dei volumi di attività autorizzata svolgimento nei giorni e negli orari previsti esecuzione dell'attività libero professionale non conforme a quanto autorizzato			Implementazione procedure di controllo sui medici per l'obbligo di registrare sulle ricette del SSR del grado di priorità delle prestazioni Verifica dei carichi di lavoro degli specialisti ambulatoriali Periodiche verifiche ispettive presso i Medici in ALPI controlli sulle fatturazioni e sulle attività Ricognizione spazi aziendali da utilizzare in Alpi Verifica dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali
Sperimentazione clinica	STUDI CLINICI SPERIMENTALI	Interessi tra le ditte Farmaceutica, sperimentatori e/o terzi; Eccessiva discrezionalità degli sperimentatori di attribuzione dei proventi; Comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio o profitti indebiti	ALTO	CIACUNO PER LA PROPRIA COMPETENZA DIREZIONI SANITARIE PP.OO. COMITATO ETICO	Aggiornamento del Regolamento da parte del Comitato Etico con un disciplinare che indichi le modalità di ripartizione dei proventi, detratti i costi da sostenersi per la conduzione della sperimentazione e l'overhead dovuto all'azienda per l'impegno degli uffici addetti alle pratiche amministrative ed il coordinamento generale; Adozione di un sistema di verifica dei conflitti di interesse dei componenti del Comitato ad opera dello stesso tale da identificare, oltre l'eventuale conflitto di interesse al momento della nomina, anche la sua eventuale sussistenza al momento della presentazione e valutazione della sperimentazione clinica nonché l'individuazione, con esattezza, dell'effettivo titolare dell'impresa, soprattutto ove il contratto venga stipulato con soggetti aventi sede in Stati esteri e/o a bassa fiscalità, anche al fine di verificare l'esistenza di indicatori di rischio secondo la normativa anticiclaggio Prevedere nel regolamento del Comitato Etico, un congruo lasso di tempo tra il finanziamento per la ricerca e la cessazione di un contratto a titolo oneroso con il soggetto che finanzia la ricerca, o sue imprese controllate.
GESTIONE DEL PATRIMONIO	colore sui terreni	Cattiva conduzione delle entrate sugli immobili di proprietà, ed in particolare sui terreni, determinazione per nuovi contratti di fitto o per la dismissione degli stessi, acquisto o locazione con prevalenza dell'interesse della controparte;	ALTO	AFFARI GENERALI	Nel caso di concessione a terzi di Beni di proprietà rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito. Procedure per la corretta valutazione e gestione dei fitti passivi e attivi
	ALIENAZIONE IMMOBILI	Falsa valorizzazione procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita); Intenzionale deterioramento del bene per ridurne il valore commerciale.			Previsione di forme di messa a reddito di tale patrimonio (ad es. attraverso la cessione o la locazione) o comunque un utilizzo per finalità proprie dell'azienda anche a livello interaziendale (es. per l'attività libero professionale, uffici amministrativi, ecc.) Previsione, oltre agli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 30 del d.lgs. 33/2013, anche come modificato dal d.lgs. 97/2016, ovvero la pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili (ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore) a qualsiasi titolo posseduti o detenuti (ad es. proprietà e altri diritti reali, concessione ecc.), dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti dalle amministrazioni. Pubblicazione anche delle seguenti tipologie di informazioni: a) Modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo (es. interaziendale con condivisione di risorse); b) Patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore; c) Esito delle procedure di dismissione/locazione; d) Redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato.
					Obbligo di pubblicazione della consistenza Patrimoniale così come previsto in materia di Trasparenza e Linee ANAC

All. 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023

ATTI E DOCUMENTI DA PUBBLICARE IN "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI"

Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti

ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE

Denominazione sotto-sezione I livello	Riferimento normativo	Contenuto dell'obbligo	Aggiornamento
	Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo
	Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo
	Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali	<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo
	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale

PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023

PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI

**SOTTO-SEZIONE
"Bandi di gara e
contratti"**

Fase	Riferimento normativo	Contenuto dell'obbligo	Aggiornamento	Note
Pubblicazione	<p>Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo)</p> <p>Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio</p>	<p>1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato)</p> <p>2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato)</p> <p>3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato</p> <p>Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento</p>	Tempestivo	
	<p>Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)</p>	<p>Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte</p>	Tempestivo	
Affidamento	<p>Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici</p>	<p>Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti</p>	Tempestivo	
	<p>Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021</p> <p>D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)</p>	<p><u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u></p> <p>Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta</p>	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	
	<p>Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica</p>	<p>Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali:</p> <p>1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5);</p> <p>2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3);</p> <p>3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale;</p> <p>4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2);</p> <p>5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)</p>	Tempestivo	<p>L'ANAC, la Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno elaborato alcuni schemi tipo, tra cui quelli relativi ai seguenti documenti: - Relazione sulla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, come previsto dall'art. 14, co. 3; - Motivazione qualificata richiesta dall'art. 17, co. 2, in caso di affidamenti diretti a società in house di importo superiore alle soglie di rilevanza europea in materia di contratti pubblici. Resta fermo l'obbligo di trasmissione ad ANAC come espressamente previsto all'art. 31, co. 2, d.lgs. 201/2022</p> <p>La documentazione è disponibile al seguente link: https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-servizi-pubblici-locali-di-rilevanza-economica</p>

	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	
Esecutiva	Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	
Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	
Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	
Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	

Ai sensi della Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018, considerate le caratteristiche dimensionali della ASL Napoli 2 Nord, la pubblicazione di dati, informazioni e documenti è tempestiva quando viene effettuata entro 6 mesi dalla disponibilità definitiva di dati, informazioni e documenti.



PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Tabella Obblighi Trasparenza

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente ufficio / struttura che collabora con il dirigente responsabile elaborazione / trasmissione dati	Dirigente Ufficio responsabile della pubblicazione
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Affari Generali	
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Se interne a cura della Struttura proponente/adottante. Se esterne a cura dell'area di riferimento	

			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione , obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	A cura dell'area di riferimento	
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970). Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Direttore U.O.C. G.R.U.	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenziario nuovi obblighi amministrativi	Scadenziario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	n.a.	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Affari Generali	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. G.R.U.	

		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. G.R.U.	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. G.R.U.	
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. G.R.E.F.	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. G.R.U.	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. G.R.U.	

	<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982</p>		<p>1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]</p>	<p>entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato</p>	<p>Direttore della U.O.C. di appartenenza</p>	
	<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982</p>		<p>2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)</p>	<p>entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico</p>	<p>Direttore della U.O.C. di appartenenza</p>	
	<p>Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982</p>		<p>3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>Direttore della U.O.C. di appartenenza</p>	

			predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)			
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore della U.O.C. di appartenenza	
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Stampa Aziendale	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Stampa Aziendale	

		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Stampa Aziendale	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Stampa Aziendale	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direttore della U.O.C. di appartenenza	
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Stampa Aziendale	

		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore della U.O.C. di appartenenza	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore della U.O.C. di appartenenza	

	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore della U.O.C. di appartenenza	
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	U.O.C. G.R.U.	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	U.O.C. G.R.U.	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	U.O.C. G.R.U.	
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	U.O.C. G.R.U.	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	U.O.C. G.R.U.	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	U.O.C. G.R.U.	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico;	Nessuno	U.O.C. G.R.U.	

			2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	U.O.C. G.R.U.	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	n.a.		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	U.O.C. G.R.U.	

			secondo grado ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]			
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Servizio Ispettivo Amministrativo	
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	n.a.		
		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	n.a.		
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. G.R.U.	

		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore della U.O.C. di appartenenza	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore della U.O.C. di appartenenza	
Telefono e posta elettronica		Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore della U.O.C. di appartenenza	

Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU		
			Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	

		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:			

	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	

			parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]			
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	

	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)			Per ciascun titolare di incarico:			
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	

			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRTT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRTT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRTT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	U.O.C. GRU U.O.C. GRTT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	U.O.C. GRU U.O.C. GRTT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	

		secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)			
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	
	Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	U.O.C. GRU U.O.C. GRIT U.O.C. AA.LL.ed eventuali strutture che dovessero procedere ad affidamenti di incarichi	

			senza procedure pubbliche di selezione			
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	n.a.	
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	n.a.	
Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	U.O.C. GRU	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	U.O.C. GRU	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	U.O.C. GRU	
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	U.O.C. GRU	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	U.O.C. GRU	

	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	U.O.C. GRU	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico;	Nessuno	U.O.C. GRU	
		2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	U.O.C. GRU	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	U.O.C. GRU	

	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	
Dotazione organica		Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Controllo di Gestione	
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Controllo di Gestione	

		Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU	
Personale non a tempo indeterminato		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Controllo di Gestione	
Tassi di assenza		Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU	

Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU	
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU	
Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU	

		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	U.O.C. GRU	
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sistema Premiante	
Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sistema Premiante		
Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sistema Premiante		
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione e nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU	
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	U.O.C. Sistema Premiante	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sistema Premiante	

			gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)			
Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sistema Premiante	
Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sistema Premiante	
			Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU	
Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteria definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sistema Premiante	

				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU	
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sistema Premiante	
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:			
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	

			nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale			
	Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
	Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
	Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio online, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	

			conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente e per il versamento			
	Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
			Per i procedimenti ad istanza di parte:			
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i facsimile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni U.O.C., Dipartimento, U.O.S.D, ognuno per le rispettive competenze	
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. URP Marketing	

				e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive			
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi di indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sottosezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture autorizzate a contrarre e a realizzare procedimenti di scelta di contraenti per le forniture	
		Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti altri dirigenti amministrativi	Provvedimenti di riesame del RPCT.	Tempestivo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	

		Art. 30, d.lgs. 36/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	Tutte le stazioni appaltanti	
Bandi di gara e contratti		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi.	<p>link al sito SCP del MIT</p> <p>Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori</p> <p>Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.</p>	Tempestivo	U.O.C. ABS -U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI E TRANSIZIONE DIGITALE - U.O.C. GRIT	

		<p>Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020</p>	<p>Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico</p>	<p>Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>nucleo coordinamento progetti</p>	
		<p>Art. 77 d.lgs. N. 36/2023</p>	<p>Consultazioni preliminari di mercato</p>	<p>Elenco annuale delle consultazioni preliminari di mercato svolte</p>		<p>U.O.C. ABS U.O.C. GRTT U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI E TRANSIZIONE DIGITALE</p>	

		Art. 81 d.lgs. N. 36/2023	Avvisi di pre-informazione	Elenco annuale avvisi di pre-informazione		U.O.C. ABS U.O.C. GRIT U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI E TRANSIZIONE DIGITALE	
		Art. 56, comma 1, lett. h) d.lgs. N. 36/2023	Affidamento di servizi legali	Costituzione elenco di avvocati	Tempestivo	U.O.C. AA.LL.	
FASE	<p>PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO E' INSERITO LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI TRASMESSI E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023</p> <p>PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI</p>						

Bilanci		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GREF	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GREF	
	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GREF	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GREF	

		Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GREF	
Beni immobili e gestione patrimonio	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Affari Generali Settore Patrimonio	
	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Affari Generali Settore Patrimonio	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Canoni di locazione o affitto	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	U.O.C. Sistema Premiante	

			Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	U.O.C. Sistema Premiante	
			Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	U.O.C. Sistema Premiante	
	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe		Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sistema Premiante	
		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UFFICIO STAMPA AZIENDALE	
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AFFARI GENERALI	

	Corte dei conti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale	U.O.C. GREF	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art 32 c. 1 Art. 1 c. 2 D. lgs n. 198/2009	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. URP Marketing	
	Class action	Art. 4 c. 2 D. lgs n. 198/2009 Art 4 c. 6 D. lgs n. 198/2009	Class action	Sentenza di definizione del giudizio Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. AFFARI LEGALI	
	Costi contabilizzati	Art.32 c. 2, lett. a Art. 10, c. 5	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabella)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art.10, c. 5)	U.O.C. Controllo di Gestione	

	Liste di attesa	Art. 41, c. 6	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteria di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.S CUP-LISTE ATTESA-ALPI / Direzioni PP.OO	
	Servizi in rete	Art. 7 c. 3 d.lgs.82/2005 modificato all'art. 8 c. 1 del d.lgs.179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. URP Marketing	
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GREF	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GREF	
				Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GREF

		Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente e per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GREF	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati	Annuale	RPCT	
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. GRU	

		art. 54 bis d.lgs. n. 165/2001	Segnalazioni di illecito – whistleblower	Modalità per presentare una segnalazione di illecito da parte del dipendente dell'Autorità e di collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi che realizzano opere in favore dell'A.N.AC.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	
		Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	UFFICIO STAMPA AZIENDALE	
	Accesso civico	Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	UFFICIO STAMPA AZIENDALE	
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	UFFICIO STAMPA AZIENDALE	
		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali	Tempestivo	UOC Sistemi Informativi e Transizione Digitale	

			(www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID			
Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	UOC Sistemi Informativi e Transizione Digitale	
	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	UOC Sistemi Informativi e Transizione Digitale	
	Art. 7 bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile	Protocolli d'intesa - Progetti di gemellaggio amministrativo	Tempestivo	UFFICIO STAMPA AZIENDALE	
Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile	art. 4, primo comma, del d.P.C.M. 25 settembre 2014	Autovetture di servizio	Il numero e l'elenco delle autovetture di servizio a qualunque titolo utilizzate, distinte tra quelle di proprietà e quelle oggetto di contratto di locazione o di noleggio, con l'indicazione della cilindrata e dell'anno di immatricolazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. ABS Settore Parco Auto	

	<p>Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 Art 3, c. 3, Regolamento disciplinante i rapporti fra ANAC e i portatori di interessi particolari presso l'Autorità nazionale anticorruzione e istituzione dell'Agenda pubblica degli incontri. Comunicato del Presidente del 23 luglio 2019</p>	Dati ulteriori	<p>Attività internazionali - Agenda pubblica degli incontri con i portatori d'interesse - Pubblicazione del testo integrale dei contratti di acquisto di beni e servizi di importo unitario superiore a 1 milione di euro in esecuzione del Programma biennale, e dei suoi aggiornamenti</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Settimanale (ex art. 3, comma 3, Regolamento portatori interessi) Tempestivo Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p>	<p>U.O.C. ABS U.O.C. GRIT U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI E TRANSIZIONE DIGITALE</p>	
	<p>Art. 4, comma 3, Legge 24/2017 – Art. 10, comma 4, Legge 24/2017</p>		<p>Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>U.O.C. AFFARI LEGALI</p>	
	<p>Legge 24/2017</p>		<p>Relazione legge 24/2017</p>	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>U.O.C. RISK MANAGEMENT</p>	

Documenti Allegati

Allegato. Linee guida della formazione programmata in ambito aziendale, diretta al personale in servizio nell'ASL Napoli 2 Nord

Allegato. Tabelle Obblighi Trasparenza

Allegato. Strumento operativo per il monitoraggio degli obblighi di trasparenza

Allegato. Mappatura delle aree di rischio corruttivo specifico

Allegato. Protocollo di legalità

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Struttura organizzativa è definita nell'Atto Aziendale, approvato con Deliberazione n. 2131 del 21.11.2023.

La Direzione Strategica dell'Azienda è rappresentata da Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, che si avvalgono del Collegio di Direzione.

Sono Organi dell'A.S.L. Napoli 2 nord il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento.

In qualità di organo di vertice dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Sanitario e Amministrativo, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l'apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito il Collegio di Direzione. Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Supporta inoltre la Direzione Aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'Azienda.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale sulla base delle designazioni ricevute secondo le previsioni di legge. Esso esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda, vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio ai risultati dei libri e delle scritture contabili, nonché svolgendo ogni altra funzione ed attività al medesimo riservata dalle norme nazionali e regionali.

L'attività di controllo del Collegio concerne sia l'attività di diritto pubblico che quella di diritto privato dell'Azienda.

La Direzione Aziendale è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi. La Direzione aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza anche con quanto previsto dalla pianificazione regionale e di area vasta in ambito socio-

sanitario, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di medio-breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e l'assetto organizzativo dell'azienda.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE (POLA)

Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguarda l'introduzione del "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA).

L'ASL Napoli 2 Nord ha approvato il proprio "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA) con deliberazione n.186 del 31.01.2024, così come integrato con deliberazione n.446 del 05.03.2024.

La Legge n. 124 del 7 agosto 2015 ha dato il via all'adozione e allo sviluppo di nuove forme di lavoro dirette a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici. L'art. 14 della suddetta legge avente ad oggetto la "promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" prevedeva espressamente che le amministrazioni pubbliche adottassero misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. Le misure da adottare dovevano garantire ad almeno il 10% dei dipendenti richiedenti la possibilità di avvalersi di tali innovative modalità in un arco temporale di tre anni.

In una fase successiva, con la Legge n. 81 del 22 maggio 2017, il Legislatore ha disciplinato i contenuti del lavoro agile, definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e/o di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici.

La prestazione lavorativa risulta caratterizzata dal suo svolgimento in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali, senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

In attuazione delle predette disposizioni, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la direttiva 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile e dirette a fornire indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il benessere organizzativo e l'esercizio dei diritti dei lavoratori.

La sperimentazione del lavoro agile ha subito una fase di accelerazione in seguito all'emergenza epidemiologica da Covid-19, diventando modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni. Il Lavoro agile, adottato durante la fase emergenziale, ha avuto specifiche caratteristiche e connotazioni che lo hanno differenziato da quello ordinario disciplinato dalla legge 81/2017.

Infine, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di ripensamento delle ordinarie modalità di lavoro sulla scorta di un'implementazione dell'utilizzo dello *smart working*, l'art. 14, comma 1, Legge n. 124 del 7 agosto 2015, così come modificato dall'art. 263, comma 4 bis, del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha previsto che le amministrazioni pubbliche redigano il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Per l'anno 2022, a seguito dell'introduzione da parte del Legislatore, con Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021, del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), il POLA costituisce parte del PIAO.

Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore dipendente, basato sul principio guida "*FAR BUT CLOSE*", ovvero "*lontano ma vicino*", teso a porre in evidenza la collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione.

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi.
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro.

- Responsabilizzazione sui risultati.
- Benessere del lavoratore.
- Utilità per l'amministrazione.
- Tecnologie digitali che consentono e favoriscono il lavoro agile.
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti.
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive.
- Equilibrio in una logica "win win": l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "work-life balance".

Tra i seguenti fattori ricoprono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

La modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso della Asl Napoli 2 nord, per le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione. Solo una minima parte dei sanitari, infatti, può lavorare in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato.

Il POLA rappresenta lo strumento di programmazione finalizzato all'attuazione del lavoro agile, che assicura lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto ad almeno il 15% del personale, in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

La medesima percentuale dovrà essere garantita anche in caso di mancata adozione del Piano.

Tale documento definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti. Inoltre, nell'ambito degli obiettivi dell'amministrazione individuati nel Piano della performance, compreso nel PIAO, l'organizzazione del lavoro agile diventa un obiettivo specifico della performance organizzativa complessiva.

Al fine di supportare le Amministrazioni, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha introdotto in data 9 dicembre 2020 specifiche linee guida che forniscono le indicazioni metodologiche per l'elaborazione del POLA.

Normativa di riferimento

1. Legge n. 124 del 7 Agosto 2015 art. 14 "Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"
2. Legge n. 81 del 22 Maggio 2017 recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", Capo II "Lavoro Agile".
3. Direttiva n. 3 del 1 Giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante "Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art.14 della L. 124/ 2015 e Linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti".
4. Legge n. 77 del 17 Luglio 2020 recante "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto- legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID- 19".
5. Linee Guida sul Piano Organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica del 9 Dicembre 2020, versione 1.0.
6. Decreto Legge n. 56 del 30 Aprile 2021 recante "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi".
7. Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia".

8. *DPCM 23 settembre 2021, relativo al ritorno della modalità in presenza quale modalità ordinaria di lavoro.*
9. *D.M. 8 ottobre 2021; relativo, tra l'altro, alle modalità organizzative per il rientro in presenza e alle condizioni nel cui rispetto deve essere autorizzato in lavoro agile.*
10. *Protocollo Nazionale sul Lavoro in modalità Agile del 7 dicembre 2021.*
11. *Linee guida del 4 gennaio 2022 in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 1 c.6 del D.M. per la P.A. recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori della PP.AA. ai sensi dell'art. 1 c.6 del D.M. per la P.A. 8.10.21.*
12. *Circolare del 5 gennaio 2022 ad oggetto "Lavoro agile" del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, rimodula con flessibilità le misure in concomitanza del riaprirsi della pandemia.*
13. *Legge 52/2022 di conversione del D.L. 24/2022 "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza".*
14. *CCNL 2019-2021 Comparto Sanità.*

Art. 1 - Finalità e ambito di applicazione

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) è disciplinato dall'art. 263 del Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, così come convertito dalla Legge n. 77 del 17 Luglio 2020, redatto sulla base delle Linee Guida sul POLA pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, nel dicembre 2020.

Il POLA, insieme ai principali strumenti di programmazione delle Amministrazioni, deve essere integrato nel Piano integrato di attività e organizzazione introdotto dall'art. 6 D. Lgs. n. 80/2021.

Il comma 4 bis del citato articolo 263, modificato dal D.L. n. 56 del 30 aprile 2021, stabilisce che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile possa essere applicata ad almeno il 15% del personale impiegato in attività "smart" e che in caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica ad almeno il 15% dei dipendenti, ove lo richiedano.

L'adozione del POLA quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa è finalizzata a promuovere:

- dal punto di vista del lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo;
- dal punto di vista dell'Azienda, l'accrescimento della produttività e della qualità del lavoro oltre ad una maggiore flessibilità organizzativa.

Il lavoro agile non deve essere confuso con l'istituto del telelavoro, di cui alla Legge n.191 del 1998 e s.m.i., poiché il telelavoro prevede lo spostamento, in tutto o in parte, della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (generalmente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato, comunque, a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio.

Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, sono equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno dei locali aziendali. Al contrario, il lavoro agile prevede che la prestazione lavorativa possa essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno ma senza stabilire una postazione fissa, anche se è preferibile, per facilitare l'assistenza tecnica al lavoratore da parte dell'Azienda, conoscere la sede e la dotazione in uso. Si può lavorare da qualsiasi luogo, non timbra il cartellino e non si fanno pause in orari predefiniti.

Il responsabile di Struttura e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità, concordando comunque delle fasce orarie di reperibilità, al fine di poter avere la certezza di un confronto diretto se necessario. Importante è il raggiungimento di obiettivi e dei risultati.

Art. 2 - Criteri generali di assegnazione al lavoro agile

Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8.10.2021 stabilisce e le successive Linee guida confermano le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile: a) l'invarianza dei servizi resi

all'utenza; b) l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza (sul punto si precisa che, in presenza di condizioni di difficoltà a lavorare in presenza, ad esempio figli in DAD o malati, la prevalenza può essere conteggiata sulla durata dell'Accordo e non sulla singola settimana); c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile; d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato; e) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81.

Art. 3 - Destinatari

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutto il personale dipendente in servizio presso la ASL Napoli 2 nord, sia del Comparto che della Dirigenza, con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato/tempo pieno o parziale, fatte salve le precisazioni di cui al successivo art. 4, nel rispetto del principio di non discriminazione, di opportunità tra uomo e donna.

Ogni lavoratore presenterà l'istanza di richiesta di lavoro agile (utilizzando lo specifico modulo Allegato A) "ISTANZA DI ACCESSO PER LA MODALITA' IN LAVORO AGILE" al competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

Il Direttore o il Dirigente Responsabile deve valutare e, nel caso, autorizzare, le richieste per l'accesso all'istituto del lavoro agile temperando sia le esigenze del lavoratore richiedente sia il regolare funzionamento della propria struttura.

Qualora siano presentate richieste in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà l'istanza del lavoratore tenendo conto delle seguenti condizioni di priorità di accesso allo smart working (art. 33, c. 6 bis, c. 7-ter, L. n. 104/1992, inseriti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 105/2022 e art. 18, c. 3 bis, L. 81/2017 modificato dall'art. 4 del D.Lgs. n. 105/2022):

- Dipendente che usufruisce dei permessi giornalieri retribuiti ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92;
- personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto al rischio di contagio a seguito di contatto con altre persone;
- dipendenti che si trovano in una condizione di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'art.3, comma3, Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 o che siano caregivers ai sensi dell'art. 1, c. 255, della L. 205/2017;
- lavoratrice madre in gravidanza e nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità;
- dipendenti con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- lavoratore su cui grava la cura dei figli – sino ai dodici anni di età;
- esigenze di cura adeguatamente documentate nei confronti di familiari o conviventi stabilmente ovvero di figli minori di 12 anni;
- lavoratori che manifestano disagi correlati a maggior tempo di percorrenza per raggiungere la sede di lavoro;
- Ulteriori elementi che il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà in forma discrezionale nel rispetto delle priorità sopra citate (documentazione a sostegno).

Art. 4 - Attività Effettuabili in Modalità Lavoro Agile

In linea generale possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che: a) siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche; b) possano essere remotizzabili e tali da non richiedere

la costante presenza fisica del lavoratore in sede; c) prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili; d) richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione; e) non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza; f) siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Art. 5 - Accordo individuale

L'accesso al lavoro agile è subordinato alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente interessato e il Direttore/Responsabile, redatto in forma scritta ai fini della regolarità amministrativa e della prova ai sensi dell'art. 19 della Legge n. 81/2017.

Tale accordo deve contenere i seguenti elementi:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- obiettivi da raggiungere;
- la tempistica prevista per il raggiungimento dell'obiettivo (settimanale/mensile/annuale);
- la modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere da remoto;
- la strumentazione tecnologica necessaria per l'espletamento dell'attività e relativo software;
- il luogo di prestazione del lavoro;
- i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- le modalità di recesso da parte del datore di lavoro, che può avvenire con un preavviso di 30 giorni nel caso di accordo a tempo indeterminato, mentre nel caso di lavoratori disabili tale preavviso deve essere reso nel termine di almeno 90 giorni;
- indicazione della fascia di contattabilità;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

Il dipendente dovrà rendicontare al proprio Direttore/responsabile l'attività svolta in regime di lavoro agile ed i risultati raggiunti con cadenza periodica (su base settimanale o quindicinale o mensile).

Il Direttore/responsabile dovrà verificare che l'accordo soddisfi tutti i requisiti di cui al presente Piano.

Il lavoro agile non modifica l'inquadramento e il livello retributivo del dipendente e consente le medesime opportunità rispetto ai percorsi professionali e alle iniziative formative, inoltre lo svolgimento della prestazione lavorativa secondo questa modalità non contempla il lavoro straordinario, le prestazioni aggiuntive né i riposi compensativi.

Il buono pasto non è dovuto nei giorni lavorativi non effettuati in presenza presso le sedi aziendali.

Al dipendente in lavoro agile si applicano la normativa e gli accordi vigenti in materia di diritti sindacali.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta in conformità a quanto previsto dai CCNLL vigenti e di quanto indicato nel Codice di Comportamento Aziendale.

L'accordo dovrà essere trasmesso alla struttura aziendale competente per materia così come indicato nell'Atto Aziendale, per le seguenti procedure di legge.

Ai sensi dell'art. 23, comma 1, della Legge n.81/ 2017 l'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile e le sue eventuali modificazioni sono oggetto delle comunicazioni di cui all'art.9 bis del D.L 510/1996 convertito dalla Legge n. 608/1996 attraverso l'apposita piattaforma informatica messa a disposizione sul portale dei servizi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Dopo tali adempimenti, la Struttura suddetta provvederà ad informare il dipendente e il Direttore/Responsabile dell'effettivo avvio del lavoro agile.

Art. 6 - Potere direttivo di controllo e disciplinare

La modalità di lavoro in *smart working* non modifica il potere direttivo e di controllo del proprio Direttore/Responsabile, che sarà esercitato analogamente a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si espliciterà attraverso la verifica dei risultati ottenuti.

Restano fermi gli ordinari criteri di valutazione delle prestazioni secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile il comportamento del dipendente dovrà sempre essere improntato ai principi di correttezza e buona fede, come previsto nel paragrafo precedente.

Durante le operazioni di trattamento dei dati ai quali il dipendente abbia accesso in esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte ed in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, gli stessi devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti all'interessato dal Regolamento UE 679/2016 GDPR e dal D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche.

Il trattamento dei dati deve avvenire in osservanza della normativa nazionale vigente, del Disciplina UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle eventuali apposite prescrizioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento.

Art. 7 - Luoghi di lavoro

Nelle giornate di lavoro agile, il dipendente avrà cura di svolgere la propria attività lavorativa in luoghi rispondenti a requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e idonei all'uso abituale di supporti informatici, in modo da non compromettere l'incolumità e la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento del proprio lavoro.

E' necessario fornire preventivamente un'indicazione del luogo, al fine della corretta copertura INAIL in caso di infortuni di lavoro. Eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati alle strutture di appartenenza per le necessarie denunce.

L'individuazione di uno o più luoghi prevalenti può essere dettata da esigenze connesse alla prestazione lavorativa o dalla necessità di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative. Ai sensi dell'art. 23 Legge n. 81/2017 il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Art. 8 - Orario di lavoro e disconnessione

Il personale autorizzato alla modalità lavoro agile può svolgere la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, ordinariamente da un minimo di quattro ad un massimo di dieci giornate in un mese, da concordare con il Direttore/Responsabile di Struttura.

L'attuazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al dipendente, il quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del lavoro agile, nel rispetto, comunque, dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

L'Azienda riconosce il diritto al lavoratore agile di non leggere e non rispondere ad email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare nella fascia oraria al di fuori di quella di contattabilità concordata con il proprio Dirigente o durante l'eventuale pausa (diritto alla disconnessione).

Nell'eventualità di malfunzionamenti tecnici di qualsiasi natura, tali da comportare disagi nell'espletamento dell'attività di servizio, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza, che potrà valutare il rientro presso la sede di lavoro per la parte residua della giornata lavorativa, comunque fino alla risoluzione del problema.

L'Azienda in presenza di situazioni emergenziali, nonché per esigenze di servizio rappresentate dal Dirigente di riferimento, si riserva di richiedere la presenza in sede del dipendente.

La giornata di lavoro agile è suddivisa in due fasce:

1. fascia di contattabilità: 09.00 – 16.30. Durante tale fascia di attività, che non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro, il lavoratore è contattabile attraverso gli strumenti di comunicazione in dotazione e viene garantita una fascia di reperibilità telefonica da riportare nell'accordo individuale; nel caso in cui l'articolazione oraria della giornata preveda anche la prestazione in orario pomeridiano, può essere prevista un'ulteriore fascia di contattabilità, salvo diversi accordi intercorsi tra il dipendente e il proprio Direttore/Responsabile in caso di particolari esigenze di servizio.
2. fascia di disconnessione: 13.00 -13.30 – Durante tale fascia non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o Ente.
3. fascia di inoperabilità: 17.00 - 08.00. Durante tale fascia non è richiesto lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

Nei giorni di lavoro agile non sono configurabili prestazioni supplementari, lavoro straordinario, notturno o festivo; di conseguenza, riguardo alla giornata di lavoro agile sono computate, per il personale del comparto un massimo di 6.00 – 7.12 ore giornaliere, a seconda del profilo orario attribuito, mentre per il personale dirigente sono riconosciute 6.20 – 7.36 ore secondo il calendario settimanale di attività, ovvero il diverso orario giornaliero risultante dall'eventuale contratto part – time.

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità.

L'attestazione della presenza in servizio nelle giornate di svolgimento dell'attività lavorativa agile deve essere effettuata secondo le ordinarie modalità e registrata con l'apposita causale giustificativa a intera giornata.

Il dipendente è tenuto a rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste per legge e dalla contrattazione collettiva nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza. In particolare l'obbligo di pausa è obbligatorio dopo 6 ore di lavoro.

Art. 9 - Strumentazione tecnologica

In considerazione dell'elevato numero di dipendenti, l'ASL Napoli 2 Nord non fornisce la dotazione tecnologica atta a consentire al lavoratore agile di effettuare l'attività concordata al di fuori della sede di lavoro.

Il dipendente espleta l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti di dotazione tecnologica già in proprio possesso. Egli potrà collegarsi alla rete aziendale utilizzando notebook, personal computer, tablet, smartphone o quant'altro ritenuto opportuno e congruo per l'esercizio dell'attività lavorativa. Per il collegamento alla rete aziendale verrà messa a disposizione dal Servizio Tecnologie informatiche una connessione tramite il sistema VPN, onde consentire l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali.

Le spese connesse all'espletamento dell'attività lavorativa presso la propria residenza/domicilio/dimora, riguardanti i consumi elettrici, le spese di manutenzione e gestione dei

dispositivi, ecc. sono a totale carico del dipendente.

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa durante il lavoro agile dovranno essere tempestivamente comunicati al proprio Direttore/ Responsabile, per la soluzione del problema, coinvolgendo il Servizio Tecnologie Informatiche.

Art. 10 - Formazione

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione saranno previste specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

Art. 11 - Riservatezza, privacy e sicurezza sul lavoro

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D.lgs. 81/2008 e della L. 81/2017 avente ad oggetto "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato".

Riguardo alla sicurezza sul lavoro l'Amministrazione:

- garantisce la conformità alla normativa di sicurezza degli strumenti tecnologici assegnati;
- consegna annualmente al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, e, comunque, prima dell'avvio dell'attività, un'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione.

Il dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi.

Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.

Il lavoratore che svolge la propria prestazione in modalità di lavoro agile è comunque tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione indicate dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare eventuali rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

In occasione dello svolgimento della prestazione lavorativa il dipendente dovrà custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni ottenuti in ragione del servizio, attenersi scrupolosamente alle istruzioni ricevute dal Dirigente responsabile in relazione all'esecuzione del lavoro, nonché al rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE n. 679/2016 e del D. lgs. n. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

Il dipendente dovrà tempestivamente informare il Direttore/Responsabile e il DPO nel caso in cui si verifici, nell'ambito della sua attività, una violazione dei dati personali oggetto del trattamento che metta a rischio i diritti e le libertà delle persone fisiche.

L'Amministrazione rende accessibile al dipendente tutte le informazioni e i documenti necessari all'esecuzione delle proprie mansioni, rimanendo comunque obbligata alla protezione degli stessi e adotta misure e soluzioni tecniche idonee a prevenire la perdita nonché la diffusione dei dati, tanto nel rispetto dei principi di riservatezza nei confronti del dipendente, quanto a tutela dei propri interessi aziendali.

Art. 12 - Recesso dall'accordo

Sia il lavoratore che l'Azienda, durante il periodo di svolgimento del progetto di lavoro agile possono, fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo prima della sua naturale scadenza. La valutazione negativa degli obiettivi per due volte consecutive comporta il recesso automatico dal lavoro agile.

Art. 13 - Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto dalla presente disciplina si applicano le disposizioni previste dalla normativa, dalle disposizioni ministeriali e dalla contrattazione collettiva vigente nel tempo.

Art. 14 - Entrata in vigore

Il presente Regolamento è in vigore dall'anno 2024.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Inquadramento normativo

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento strategico e programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa del personale.

Tale adempimento è previsto dall'articolo 6 ("Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale") del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., il quale ha previsto, ai commi 2 e 3, che "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.....(omissis).....Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. 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.....(omissis).....Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente".

L'articolo 4 del D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, e ss.mm.ii., recante "Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", introducendo il comma 6-ter all'articolo 6 del citato D. Lgs. n. 165/2001, e ss.mm.ii., ha demandato ad apposite linee guida della Funzione Pubblica la definizione dei criteri e dei principi ai quali devono attenersi le amministrazioni pubbliche nella programmazione del fabbisogno di personale.

Sostanzialmente, le amministrazioni, nell'ambito del PTFP, possono quindi procedere annualmente alla rimodulazione qualitativa e quantitativa della propria consistenza di personale, in base ai fabbisogni programmati, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Tale rimodulazione individuerà quindi volta per volta la dotazione di personale che l'amministrazione ritiene rispondente ai propri fabbisogni e che farà da riferimento per l'applicazione di quelle disposizioni di legge che assumono la dotazione o la pianta organica come parametro di riferimento. Il PTFP rappresenta la spesa potenziale massima per le amministrazioni.

L'attività di programmazione dei fabbisogni deve contemplare l'eventuale ripensamento, ove necessario, anche degli assetti organizzativi. Il PTFP è un importante strumento per dare anche conto di quali azioni le amministrazioni hanno posto in essere, per alleggerire le strutture organizzative, eliminare le duplicazioni e razionalizzare gli assetti.

Dopo aver verificato la percorribilità degli interventi di revisione organizzativa, mobilità interna ed esterna, il PTFP indica, nel rispetto dei criteri illustrati e del regime delle assunzioni le scelte da operare con riferimento al reclutamento di nuove personale con le modalità di cui all'articolo 35 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., nonché con le procedure di reclutamento speciale previste dalla legge, tra cui quelle dell'articolo 20 del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, e ss.mm.ii., recante "Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, nella Legge 6 agosto 2021, n. 113, all'articolo 6 ("Piano integrato di attività e organizzazione") ha previsto che "per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012 n° 190 (comma 1)".

La Programmazione Triennale dei Fabbisogni di Personale è stata individuata quale sezione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni (PIAO), ai sensi dell'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia".

Il Piano, pertanto:

- a. ha durata triennale e viene aggiornato annualmente;
- b. definisce la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c. compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., contempla gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne.

In particolare, il comma 2 del suddetto art. 6 del D.L. 80/2021, e ss.mm.ii., stabilisce che il Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni definisce, tra l'altro: "compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2021 n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della 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, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza

professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della legge b) (piano formativo) assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali".

La programmazione del fabbisogno di personale (PTFP) si configura come un atto di programmazione che deve essere adottato dal competente organo deputato all'esercizio delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.. Il concetto di fabbisogno di personale implica un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

- a. quantitativo: riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla mission dell'amministrazione, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, tenendo presente che, sotto questo aspetto rileva anche la necessità di individuare parametri che consentano di definire un fabbisogno standard per attività omogenee o per processi da gestire;
- b. qualitativo: riferito alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze dell'amministrazione stessa, anche tenendo conto delle professionalità emergenti in ragione dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro e degli obiettivi da realizzare;

Intenzione delle linee di indirizzo è favorire cambiamenti organizzativi che superino i modelli di fabbisogno fondati sulle logiche delle dotazioni organiche storicizzate, a loro volta discendenti dalle rilevazioni di carichi di lavoro superate sul piano dell'evoluzione normativa e dell'organizzazione del lavoro e delle professioni, lasciando libertà agli organi di indirizzo politico - amministrativo in relazione alle specificità di ciascuna amministrazione ed ai rispettivi ordinamenti.

L'ASL Napoli 2 nord, con la deliberazione n. 2344 del 21.12.2023, ad oggetto "Piano di Fabbisogno di personale triennio 2022/2024: adozione provvisoria, secondo le indicazioni del disciplinare tecnico approvato con la DGRC n. 190/2023", ha approvato in via provvisoria il Piano di Fabbisogno del Personale per il triennio 2022/2024 in linea con il Disciplinare di cui alla DGRC 190 del 19/04/2023 e della rimodulazione del limite finanziario di cui alla DGRC 546 del 25/10/2022. Con successiva deliberazione n. 129 del 24.01.2024, nel prendere atto dell'approvazione regionale, senza rilievi, avvenuta con la DGRC n. 16 del 17.01.2024, ha approvato in via definitiva quel Piano.

L'ASL Napoli 2 nord, con la deliberazione n. 2227 del 27.11.2024, ad oggetto "Piano del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2023/2025. Approvazione definitiva, secondo le indicazioni del disciplinare tecnico approvato con la DGRC 190/2023", nel prendere atto dell'approvazione regionale senza rilievi, avvenuta con la DGRC n. 566 del 31.10.2024, ha approvato in via definitiva quel Piano (come da Tabella seguente), adottato in via provvisoria con delibera n.1960 del 14.10.2024:

Consistenza del personale al 31/12/2023

L'articolo 4, comma 1, lett. c) del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 30/06/2022 stabilisce che, ai fini della definizione del PIAO, ciascuna amministrazione indica la consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddiviso per inquadramento professionale.

Tanto premesso si riporta la consistenza del personale di ruolo al 31 dicembre del 2023:

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 190/2023, DM 08.05.18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 148/2024

ASL NAPOLI 2 NORD	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2022	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2023	PTFP 2024	PTFP 2025	TOTALE STANDARD DM 77
RUOLO SANITARIO	2.891	5.599	37	2.708	388	108	140	140	514
Dirigenti Medici	866	1.677	11	811	105	25	40	40	18
Dirigenti Sanitari non medici	87	336	3	249	35	15	10	10	-
di cui dirigenti professioni sanitarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
di cui farmacisti	33	-	-	-	4	-	2	2	-
di cui altri sanitari non medici	54	-	-	-	31	15	8	8	-
Personale del comparto area sanitaria	1.938	3.586	23	1.648	248	68	90	90	496
di cui infermieri	1.547	2.419	21	872	141	41	50	50	140
di cui infermieri di famiglia	-	-	-	-	-	-	-	-	340
di cui ostetriche	67	96	-	29	23	3	10	10	-
di cui tecnici sanitari	190	408	-	218	41	11	15	15	-
di cui altro comparto sanitario	134	663	2	529	43	13	15	15	16
RUOLO SOCIO SANITARIO	459	917	11	458	103	33	35	35	214
Personale del comparto area socio-sanitaria	459	917	11	458	103	33	35	35	-
di cui OSS	406	796	9	390	81	31	25	25	190
di cui assistenti sociali	53	121	2	68	22	2	10	10	24
RUOLO TECNICO	204	335	1	131	20	4	8	8	6
Dirigenti	24	50	1	26	6	-	3	3	-
Personale del comparto area tecnica	180	285	-	105	14	4	5	5	6
RUOLO PROFESSIONALE	14	16	-	2	2	2	-	-	-
Dirigenti	11	12	-	1	1	1	-	-	-
Personale del comparto area professionale	3	4	-	1	1	1	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	490	648	1	158	62	-	11	51	64
Dirigenti	19	30	-	11	2	-	1	1	9
Personale del comparto area amministrativo	471	618	1	147	60	-	10	50	55
TOTALE	4.058	7.515	50	3.457	575	147	194	234	798

Procedure selettive anno 2024 con personale in servizio al 31.12.2024

Nello schema sottostante si riportano i concorsi/avvisi/selezioni pubbliche/selezioni interne attive nell'anno 2024:

Comparto/ Dirigenza	Profilo Giuridico	Disciplina	Tipo procedura (td/ti)	Stato procedura (da avviare/in corso/conclusa)	Provvedimento di approvazione graduatoria (numero)	Provvedimento di approvazione graduatoria (data)
DIRIGENZA	DIRIGENTE BIOLOGO	BIOLOGO	T.I.	IN CORSO		
DIRIGENZA	DIRIGENTE INGEGNERE/ARCHITETTO		T.I.	CONCLUSA	1406	04/08/2022
DIRIGENZA	DIRIGENTE MEDICO	CARDIOLOGIA	T.I.	CONCLUSA	1885	07/11/2022
DIRIGENZA	DIRIGENTE MEDICO	CHIRURGIA GENERALE	T.I.	CONCLUSA	191	02/02/2024
DIRIGENZA	DIRIGENTE MEDICO	EMATOLOGIA	T.I.	IN CORSO		
DIRIGENZA	DIRIGENTE MEDICO	IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	T.I.	CONCLUSA	1584	01/08/2024
DIRIGENZA	DIRIGENTE MEDICO	MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	T.I.	IN CORSO		
DIRIGENZA	DIRIGENTE MEDICO	NEFROLOGIA	T.I.	CONCLUSA	1472	24/07/2024
DIRIGENZA	DIRIGENTE MEDICO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	T.I.	CONCLUSA	2030	25/10/2024

DIRIGENZA	DIRIGENTE MEDICO	PATOLOGIA CLINICA	T.I.	CONCLUSA	1008	21/05/2024
DIRIGENZA	DIRIGENTE MEDICO	PSICHIATRIA	T.I.	CONCLUSA	859	24/04/2024
DIRIGENZA	DIRIGENTE MEDICO	UROLOGIA	T.I.	CONCLUSA	702	21/04/2023
DIRIGENZA	DIRIGENTE PSICOLOGO	PSICOLOGIA	T.I.	CONCLUSA	940	05/06/2023
COMPARTO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO		T.I.	IN CORSO		
COMPARTO	ASSISTENTE TECNICO - PROGRAMMATORE		T.I.	CONCLUSA	654	12/04/2023
COMPARTO	CPS - TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO		T.I.	CONCLUSA	1921	24/10/2023
COMPARTO	CPS - TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA		T.I.	CONCLUSA	1436	03/08/2023
COMPARTO	CPS - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA		T.I.	CONCLUSA	1477	08/08/2023
COMPARTO	CPS - TERAPISTA OCCUPAZIONALE		T.I.	CONCLUSA	455	14/03/2023
COMPARTO	CPS INFERMIERE		T.I.	IN CORSO		
DIRIGENZA	Dirigente di Anatomia Patologica	Anatomia Patologica	T.I.	IN CORSO		
COMPARTO	TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO		T.I.	IN CORSO		
COMPARTO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO		T.I.	CONCLUSA	1896	10/10/2024
COMPARTO	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE INGEGNERE CIVILE		T.I.	CONCLUSA	2132	13/11/2024
COMPARTO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO - INDIRIZZO ECONOMICO		T.I.	CONCLUSA	1922	10/10/2024

COMPARTO	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE INGEGNERE CIVILE		T.I.	CONCLUSA	1658	19/08/2024
DIRIGENZA	DIRIGENTE PEDIATRICO	Pediatria	T.I.	CONCLUSA	1926	10/10/2024
DIRIGENZA	DIRIGENTE ONCOLOGO	Oncologia	T.I.	CONCLUSA	1638	12/08/2024
DIRIGENZA	UOC Formazione e Aggiornamento		T.D	IN CORSO		
DIRIGENZA	UOC FARMACIA OSPEDALIERA E DISTRETTUALE DI ISCHIA		T.D	CONCLUSA	1567	31/07/2024
DIRIGENZA	UOC SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI LAVORO E MEDICINA DEL LAVORO	MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	T.D	IN CORSO		
DIRIGENZA	UOC PEDIATRIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO ANNA RIZZOLI - DI ISCHIA	PEDIATRIA	T.D	IN CORSO		
DIRIGENZA	UOC DIREZIONE SANITARIA P.O ISCHIA		T.D	CONCLUSA	379	28/02/2024
DIRIGENZA	UOC FARMAECONOMIA		T.D	IN CORSO		
DIRIGENZA	UOC CHIRURGIA GENERALE DEL P.O DI POZZUOLI		T.D	CONCLUSA	2225	26/11/2024
DIRIGENZA	UOC MEDICINA P.O DI POZZUOLI		T.D	IN CORSO		
DIRIGENZA	DIRETTORI DI DISTRETTI		T.D	IN CORSO		
DIRIGENZA	CONTROLLO DI GESTIONE, BUDGETING		T.D	CONCLUSA	667	27/03/2024
NUMERO COMPLESSIVO DEL PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2024					4389	
MASCHI					1955	
FEMMINE					2434	
NUMERO DEL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO AL 31/12/2024					231	
NUMERO DEL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO AL 31/12/2024					4158	

Accanto alle procedure aziendali in essere, l'ASL, ove non è titolare di una propria graduatoria finale di merito, provvede all'utilizzo di graduatorie valide per il profilo e la disciplina, per la dirigenza e per il personale di comparto, già espletate dalle altre Aziende Sanitarie e AA.OO. della Regione Campania. Inoltre, Sulla scorta delle indicazioni applicative diramate alle P.A. dal Ministro per la Pubblica Amministrazione circa il ricorso al trattenimento in servizio, di cui all'art. 1, co. 165 della legge 30 dicembre 2024 n. 207 (Legge di Bilancio 2025), viene attribuito esclusivamente alla valutazione dell'amministrazione il potere di individuare il personale di cui si ritiene necessario il trattenimento in servizio, non oltre il compimento del settantesimo anno di età e nel limite

massimo del 10% delle facoltà assunzionali disponibili a legislazione vigente, relativo al personale, dirigenziale e non dirigenziale. A tal proposito, non sussiste alcun diritto o automatismo al trattenimento in servizio del lavoratore né è prevista la presentazione di richieste/istanze in tal senso da parte dello stesso, ma il trattenimento in servizio è subordinato comunque ad un suo consenso. L'Amministrazione può ricorrere a questo strumento per far fronte ad esigenze organizzative o funzionali non diversamente assolvibili e sulla base di una valutazione del merito dei dipendenti individuati, senza dover espletare alcuna procedura di interpello e stabilendo, nell'esercizio della propria discrezionalità, la durata di tale istituto. Il trattenimento in servizio "opera senza soluzione di continuità tra l'ultimo giorno di servizio del dipendente disponibile e la sua prosecuzione dell'attività lavorativa"; pertanto, non è prevista alcuna ipotesi di richiamo in servizio per il personale che abbia già cessato la sua attività lavorativa. Per tutto quanto non espressamente previsto con il presente, si rimanda alla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione circa le indicazioni applicative sul ricorso al trattenimento in servizio ed, in particolare, al richiamo, da essa operato, alla Legge di Bilancio 2025 (L. 30 dicembre 2024, n. 207).

A riguardo si assegna al Direttore Gestione Risorse Umane l'obiettivo di redigere apposito regolamento funzionale all'applicazione della suddetta novella legislativa, da realizzarsi entro mesi tre (3) dall'approvazione del presente PIAO.

Bilancio di Genere (Piani di azioni positive -art. 48, comma 1, del d.lgs. 198/2006)

Piano Triennale Azioni Positive 2024-2026

Presidentessa CUG: dott.ssa Angela Cocca



Le Amministrazioni Pubbliche, come previsto dall'art. 7 del d.lgs. 165/2001, sono tenute a garantire l'aparità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come in un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo

Con la Direttiva n. 2 del 2019 sono definite le linee di indirizzo, che ne costituiscono parte integrante, volte ad orientare le amministrazioni pubbliche, in materia di promozione della parità e delle pari opportunità ai sensi del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" e sono definiti alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità", la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Attraverso la sua attività il CUG deve individuare e rimuovere gli ostacoli che impediscono la realizzazione dell'effettiva uguaglianza e delle pari opportunità sui luoghi di lavoro, promuovendo la cultura della tutela dei diritti della persona, ed ottimizzando l'organizzazione del lavoro della Pubblica Amministrazione, rendendola efficiente e priva di conflittualità, contribuendo così a creare un ambiente connotato da benessere lavorativo.

Il CUG, oltre ad assumere, unificandole, tutte le funzioni che i contratti collettivi e le altre disposizioni attribuiscono ai comitati pari opportunità (CPO) e antimobbing, è investito di compiti molto più ampi rispetto ai precedenti Comitati, in relazione a quanto previsto dalla normativa antidiscriminatoria e dalla normativa relativa alla salute e sicurezza sul lavoro, con particolare riferimento all'aspetto del benessere di chi lavora.

Il Comitato Unico di garanzia (CUG), ha compiti di consulenza, proposta e verifica al fine di garantire l'uguaglianza delle opportunità, e la prevenzione delle discriminazioni nell'ottica del benessere lavorativo del lavoratore ed organizzativo della Pubblica Amministrazione. Nell'amministrazione di appartenenza il CUG ha funzioni di carattere generale, di monitoraggio e di studio di politiche interne volte ad affrontare gli aspetti organizzativi che ostacolano il benessere lavorativo, le pari opportunità, la non discriminazione, l'efficienza organizzativa.

La presente proposta del Piano delle Azioni Positive (PAP) 2023-2025, di durata triennale, intende perseguire obiettivi di pari opportunità per donne e uomini nell'ambito lavorativo ad ogni livello ed in ogni settore rimuovendo il disequilibrio della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussiste un divario di genere.

Garantire la trasparenza dell'azione amministrativa, anche al fine di promuovere in tutte le articolazioni dell'Amministrazione e nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione, diretta e indiretta. Mira alla promozione dei diritti garantendo la tutela, la dignità e la parità di ogni lavoratore, attraverso la valorizzazione delle risorse e potenzialità di ognuno, l'adozione di best practices, l'attività di informazione e formazione, partendo dalla consapevolezza che è necessario creare un ambiente lavorativo non discriminante e sicuro, che sia capace di promuovere benessere psico-fisico attraverso uno stile comportamentale e lavorativo, capace di gratificare e motivare il lavoratore e di generare ricadute positive sull'utenza e sulla collettività. Il benessere lavorativo è la risultante di un ambiente lavorativo privo di conflittualità, caratterizzato da buone relazioni aziendali e professionali, valorizzazione delle competenze, assenza di discriminazioni, ed ottima performance organizzativa.

La proposta di Piano triennale è redatta in ottemperanza alle disposizioni dell'art.2. Lgs. 125/91 (Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro"), del D.lgs. 151/2001 e s.m.i. (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche") del D. Lgs. 165/2001, e s.m.i. ("Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche") che prevede tra l'altro l'obbligo e le sanzioni per amministrazioni inadempienti all'art. 6, c.6, disponendo il blocco dell'assunzione di nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette, e recepisce la Direttiva Ministeriale Pari Opportunità nella P.A del 23 maggio 2007, (circa le "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche" come da direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, con lo scopo di assicurare l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego, nel rispetto delle disposizioni per attuare il principio della parità per l'accesso al lavoro, le condizioni di lavoro, compresa la retribuzione adeguata e paritaria, la promozione, la formazione, i regimi professionali e la sicurezza). Del D.Lgs. del 3 agosto 2009, n.106 che ha disciplinato la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, prevedendo l'obbligo di includere nel documento di valutazione dei rischi, quello derivante da stress lavoro correlato, e di

elaborare le indicazioni necessarie per l'identificazione e la valutazione) del D.Lgs. 215/2003 e s.m.i. (Attuazione della Direttiva 2000/43

CE per la parità di trattamento tra le persone) del D.Lgs. 216/2003e s.m.i. (Attuazione della Direttiva 2000/78 CE in tema di divieto di discriminazione al momento dell'assunzione e durante la vigenza del contratto (settore pubblico e privato) del D. Lgs. 198/06, e s.m.i. ("Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della Legge 28 novembre 2005, n. 246"), della L. 183/2010 e s.m.i (Deleghe al Governo in materia di lavoro usuranti, di riorganizzazioni di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie del lavoro) della Direttiva del Consiglio dei Ministri 7/3/97 (Azioni volte a promuovere l'attribuzione di poteri e responsabilità alle donne, a riconoscere e garantire la libertà di scelta e qualità sociale a donne e uomini) e nel rispetto della Costituzione Italiana agli art. 3, 37, 51.

Il Piano delle azioni positive recepisce oltre alla normativa nazionale quanto adottato in Regione Campania con la Delibera della Giunta Regionale n. 234 del 24.04.2018 "Approvazione del piano triennale delle azioni positive 2018-2020" e s.m.i.

LE RISORSE UMANE DELL'AMMINISTRAZIONE ASL NAPOLI 2 NORD

Il punto di partenza indispensabile per qualsiasi attività di pianificazione è costituito da una rappresentazione della situazione di fatto nella quale si opera e, pertanto, per ciò che riguarda le politiche connesse allo sviluppo delle pari opportunità, dalla raffigurazione di una aggiornata situazione degli organici, distinti per qualifiche e per genere, della ASL Napoli 2 Nord, come nei paragrafi precedenti rappresentati.

Attività di studio, monitoraggio e analisi connesse alla promozione delle Pari Opportunità

A prescindere dalla scansione temporale, cadenzata dal presente Piano, ed al fine di migliorare il benessere organizzativo coerentemente con le finalità del Piano, l'Amministrazione della ASL Napoli 2Nord deve provvedere ogni anno entro il 31 marzo, costantemente a:

1. monitorare la situazione del personale al fine di verificare la sussistenza di eventuali discriminazioni:verrà quindi svolta un'analisi dei dati di genere in relazione all'avanzamento di carriera, alla mobilità del personale e all'accesso alla formazione;
2. favorire l'informativa, sui dati di genere, evidenziandone i relativi trend evolutivi;
3. verificare l'equilibrata costituzione delle commissioni per le procedure di concorso, e di ogni altra procedura selettiva, secondo quanto stabilito dall'art. 51 e 57, comma 1, del Decreto Legislativo n. 165/2001, nonché l'assenza di discriminazioni di genere nei bandi di concorso e nelle prove concorsuali.
4. garantire l'assenza di discriminazioni di genere nelle procedure di mobilità interna.

Ambiti di intervento di durata triennale

OBIETTIVI	UOC COINVOLTE	Aree del CUG
-----------	------------------	--------------

<p>Obiettivo 1</p> <p>Sulla scia dell'esperienza di lavoro agile, vissuta durante l'emergenza Covid 19, compatibilmente, con le disponibilità economiche, favorire l'integrazione nell'attività lavorativa delle persone disabili o affette da patologie atte a ridurre la capacità di movimento, sensoriali, psichiche o mentali della nostra ASL, fornendo corsi di formazione adeguati.</p>	<p>UOC GRU</p> <p>UOC Tecnologie informatiche e ingegneria clinica</p> <p>UOC Formazione</p> <p>Direzione Amministrativa</p>	<p>Mobbing e SLC</p>
<p>Obiettivo 2</p> <p>Individuare un Mobility Manager competente in ingegneria ed informatica per:</p>	<p>UOC GRTT</p>	

<ul style="list-style-type: none"> – effettuare una disamina di quanto previsto dalla normativa in materia; – eseguire un’analisi della domanda di mobilità presso l’organizzazione; – eseguire un’analisi dell’offerta di trasporto (trasporto pubblico, sharing mobility, disponibilità di parcheggi, ecc.) – analizzare le caratteristiche del contesto territoriale, nonché socio-economico di riferimento; – identificare strategie da adottare ed azioni da porre in essere per incentivare la mobilità sostenibile (interventi infrastrutturali, iniziative di sensibilizzazione, accordi con gli stakeholder della mobilità, ecc.) – impostare un sistema di monitoraggio (definizione della metodologia e degli indicatori). 	<p>UOC GRU</p> <p>UOC Tecnologie Informatiche ed ing. clinica</p> <p>UOC Affari Generali</p> <p>Direzione Amministrativa,</p>	<p>Benessere Organizzativo</p> <p>Pari opportunità</p>
<p>Obiettivo 3</p> <p>Iniziative e piccoli adeguamenti architettonici finalizzate ad umanizzazione degli spazi di Cura e</p>	<p>UOC GRTT</p>	

<p>quindi alla percezione di benessere per tutti gli utilizzatori (operatori ed utenti).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ricognizione di eventuali barriere architettoniche e loro abbattimento. 2. Allestire i vari ambienti sanitari che accolgono bambini (reparti pediatrici, centri vaccinali e riabilitativi) con dipinti “in tema” e tecnologie/device usufruibili alle loro (video proiezioni, giochi interattivi, fumetti ecc.) <p>[Http://www.ospedalidipinti.it]</p>	<p>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</p>	<p>Benessere organizzativo</p>
<p>Obiettivo 4</p> <p>Incrementare il numero di convenzioni a beneficio del personale, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RSA e strutture aziendali che si occupano di disabili e anziani al fine di far beneficiare i dipendenti ASL di tariffe agevolate per la gestione diurna dei parenti ed incremento dei giorni di lavoro. • Asili nido, scuole per l’infanzia al fine di far beneficiare i dipendenti della ASL di 	<p>UOC Affari Generali UOC GRU UOSD ANZIANI DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE UOC PREVENZIONE E PROTEZIONE</p>	<p>Benessere organizzativo Mobbing e SLC</p>

<p>tariffe agevolate per l'iscrizione e la frequenza dei propri figli e nipoti;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palestre per corsi di yoga e pilates al fine di promuovere stili di vita salutari • Individuare spazi e personale per la gestione autonoma di Asilo Nido/Ludoteca aziendale, fruibile per il personale e per l'utenza, in un quadro di compatibilità con le disponibilità economiche dell'Amministrazione. • Redazione di un codice etico e contro le molestie sessuali 	<p>AZIENDALE</p>	
<p>Obiettivo 5</p> <p>In attuazione del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, previsto dall'articolo 3 della Legge 3/2018 e siglato l'11/04/2023 dal Ministero della Salute e Ministero dell'Università e della Ricerca, d'implementare specifici percorsi:</p>	<p>Direzione Generale</p> <p>Direzione Sanitaria</p> <p>UOC Formazione,</p>	<p>Pari Opportunità</p> <p>Mobbing e SLC</p>
<ul style="list-style-type: none"> • clinici, di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; • Ricerca e innovazione • Formazione • Comunicazione • Istituzione Tavolo Aziendale per la Medicina di Genere. 	<p>UOC Cure Primarie</p>	
<p>Obiettivo 6</p>		

Favorire il senso di appartenenza aziendale con interventi di solidarietà aziendale, di socializzazione e di partecipazione aziendale, attraverso meccanismi operativi quali:

1) banca delle ore o banca delle ferie

2) attività aggregative aziendali al fine di stimolare il senso di appartenenza all'Azienda

3) condivisione democratica della mission e delle prassi aziendali attraverso discussioni con il personale aziendale periodica, al fine di un'adesione consapevole alle scelte esecutive imposte dai vertici

UOC GRU

Direzione
Generale

Pari
opportunità

Mobbing e
SLC

<p>4) In attuazione del Direttiva 2/19 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche":</p> <p>4.1) Osservare il principio di pari opportunità nelle procedure di reclutamento (art. 35, comma 3, lett. c), del d.lgs. n. 165 del 2001) per il personale a tempo determinato e indeterminato</p> <p>4.2) Adottare iniziative per favorire il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussista un divario fra generi non inferiore a due terzi;</p> <p>4.3) Tenere conto, in generale, nelle determinazioni per l'organizzazione degli uffici e per la gestione dei rapporti di lavoro, del rispetto del principio di pari opportunità (articolo 5, comma 2, del d.lgs. 165/2001).</p>		
<p>4.4) Uso del genere nel linguaggio amministrativo</p>		

<p>Obiettivo 7</p> <p>Attuazione di progetti di Diversity Management per aumentare la produttività e benessere lavorativo.</p> <p>Le aree specifiche individuate sono:</p> <p>A) Differenze di Genere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ verificare la reale consistenza di manager e direttori Uomo/Donna/LGBTI, ○ attuare una politica che ne riduca in modo efficace il gap, ○ realizzare il questionario ANAC ogni anno, che riguarda Benessere organizzativo, ○ Condividere il sistema di valutazione e valutazione del superiore gerarchico. <p>B) Età: la valutazione del telelavoro.</p> <p>C) Orientamento sessuale si propone:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Attivare il Libretto di Lavoro ALIAS per il personale transgender ○ Supporto al Coming Out per il personale LGBTI <p>D) Disabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Corso di Formazione specifico per apprendere per disabilità psichica, mentale, fisica, sensoriale, quali strumenti di domotica o di altro tipo si debbano mettere in atto, incluso il telelavoro e abbattimento barriere architettoniche come sopra, per il personale convenzionato e dipendente. <p>E) Origini culturali: Corso di Formazione</p>	<p>UOC Affari Generali,</p> <p>UOC GRU</p> <p>UOC Formazione</p> <p>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</p>	<p>Benessere Organizzativo</p>
---	--	--------------------------------

specifico per apprendere le varietà
culturali e religiose dei cittadini italiani e
delle varie realtà della nostra azienda

AGGIORNAMENTO, MONITORAGGIO E VERIFICA DEL PIANO

La necessità, già esposta in premessa, di curare un costante aggiornamento degli obiettivi su indicati, se del caso modificandoli o integrandoli, e la ancor più rilevante esigenza, strettamente connessa alla interrelazione del presente Piano con il ciclo della performance, di eseguire monitoraggi periodici

circa lo stato di avanzamento degli obiettivi medesimi, richiedono la predisposizione di idonei strumenti di verifica dell'attività posta in essere dall'Amministrazione della ASL Napoli 2 Nord in adempimento del Piano.

In particolare, sulla base di quanto previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011, recante "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", l'attività di verifica sui risultati connessi alle azioni positive illustrate nel presente Piano competerà primariamente al CUG ogni anno entro il 31 marzo.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Per raggiungere gli obiettivi strategici, ottimizzando, al contempo, il sistema organizzativo, aumentandone l'efficacia e l'efficienza, la ASL considera quale leva centrale e imprescindibile la formazione e l'aggiornamento professionale. Entrambi assumono un ruolo strategico e prioritario nelle politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane, con l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità professionali al fine di adeguarsi al progresso scientifico e tecnologico, nonché migliorare qualitativamente le prestazioni rese.

In linea con quanto previsto dalla Missione Salute del PNRR, le tecnologie e le competenze (digitali, professionali e manageriali) sono fondamentali per rivedere i processi di cura e per ottenere un più efficace collegamento tra ricerca, analisi dei dati e programmazione, con l'obiettivo di potenziare il sistema sanitario.

Pertanto, l'attività formativa permanente, coinvolgendo tutto il personale nella rilevazione dei bisogni formativi, resta lo strumento essenziale per garantire la qualità dei servizi aziendali all'interno di un sistema in continuo cambiamento e per supportare gli obiettivi di Valore Pubblico individuati.

Ciò considerato, le strategie individuate dalla ASL per la formazione e l'aggiornamento professionale sono le seguenti:

1. riqualificazione e potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, suddivise per livello organizzativo e per filiera professionale sulle dimensioni specifiche del PIAO, ossia:
 - a. semplificazione (formazione sugli strumenti di pianificazione nazionale in materia, innovazione tecnologica e informatizzazione delle procedure sia di tipo economico-contabile che amministrativo);
 - b. digitalizzazione (incentivare il processo di informatizzazione e digitalizzazione dei processi clinico- assistenziali e dei procedimenti amministrativi; telemedicina);
 - c. efficienza (formazione sulla qualità dei servizi, per una mappatura e implementazione dell'efficienza delle singole procedure, l'assistenza sanitaria territoriale, la prevenzione e i programmi avanzati di screening; telemedicina; clinicizzazioni);

- d. accessibilità fisica e digitale dell'Azienda (formazione su aspetti tecnici e normativi sulla capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di cittadini ultrasessantacinquenni e di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari; strumenti per la promozione della cittadinanza attiva; formazione sui rischi corruttivi e la trasparenza);
- e. pari opportunità ed equilibrio di genere (formazione sulle tematiche della medicina di genere e sulla salute di genere; strumenti per la conciliazione vita/lavoro/famiglia; interventi per migliorare le condizioni di lavoro delle donne e ridurre i divari nei percorsi di carriera; diffusione dell'Agenda di genere; azioni volte al contrasto delle discriminazioni e della violenza);
2. ricognizione e ufficializzazione in appositi elenchi aggiornati delle risorse interne ed esterne disponibili e/o attivabili ai fini delle strategie formative (elenchi docenti e tutor, elenchi convenzioni con stakeholder esterni);
3. campagna di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutto il personale aziendale per favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato.

Sulla base di tali strategie, gli obiettivi e i risultati attesi sono:

- una maggiore efficienza delle procedure grazie alle aumentate competenze;
- un miglior clima aziendale;
- l'aumento dell'accessibilità e la riduzione delle liste d'attesa;
- l'aumento della specializzazione professionale dei dipendenti;
- l'aumento delle performance di sistema e individuali e, quindi, l'aumento della valutazione individuale.

Si riporta di seguito il piano formativo 2025, in corso di adozione da parte dell'ASL

PIANO AZIENDALE FORMAZIONE 2025

Con Delibera n. 580 del 22/06/2016 è stato rimodulato e approvato il regolamento in essere per la formazione e aggiornamento professionale dell'ASL Napoli 2 Nord in accordo con le linee guida dell'ECM.

Atteso, che, onde procedere alla formazione e aggiornamento professionale delle diverse aree contrattuali dell'ASL Napoli 2 Nord (Area Dipendenza e Area Convenzionati) occorre predisporre il Piano Formativo Aziendale (PFA) anno 2025 e per tale motivazione, in data 12/07/2024 si sono riuniti, c/o U.O.C. Formazione ed Aggiornamento, i Referenti Aziendali per la Formazione, all'uopo individuati, per la presentazione delle Schede Fabbisogno e dei Format inerenti la predisposizione del suddetto PFA 2025 per l'Area Dipendenza.

I Direttori di Struttura, hanno trasmesso alla UOC Formazione e Aggiornamento, le proposte formative da inserire nel PFA 2025 inerenti la suddetta Area Dipendenza;

In data 15.11.2024, presso la UOC Formazione e Aggiornamento, i Medici di Medicina Generale hanno presentato, per l'Area Convenzionati, le proposte formative di propria competenza da inserire nel PFA per l'anno 2025.

I Pediatri di libera scelta hanno parimenti presentato, per l'Area Convenzionati, nella riunione del 09.12.2024, tenutasi presso la UOC Formazione e Aggiornamento, le proposte formative di propria competenza da inserire nel PFA per l'anno 2025.

Ai sensi del vigente regolamento aziendale in materia di formazione, le proposte formative suddette inerenti l'Area Dipendenza, presentate dalle diverse strutture organizzative aziendali, devono essere sottoposte altresì al vaglio preliminare del Comitato Tecnico Scientifico e della Commissione Paritetica, così come previsto dal citato regolamento.

Per effetto di diversi pensionamenti, si è proceduto ad una rimodulazione dei componenti dei suddetti Organismi e pertanto a tal scopo sono state approvate le delibere di rimodulazione e ridefinizione del Comitato Tecnico scientifico con deliberazione n. 19 del 13.01.2025 e della Commissione paritetica, con deliberazione n. 20 del 13/01/2025.

Il Comitato Tecnico Scientifico, per la parte di competenza, in data 17.01.2025 ha approvato i progetti formativi 2025 da inserire nel PFA 2025 e che i suddetti progetti formativi sono stati, parimenti approvati, nella seduta del 20.01.2025 dalla Commissione Paritetica.

- Per dare attuazione al suddetto PFA 2025 è stato istituito il fondo da destinare al Piano Formativo Aziendale – anno 2025 – per le diverse aree contrattuali, facendo gravare la spesa sul relativo conto della Formazione Aziendale, e precisamente stanziando:
 - euro **347.343,24** per le seguenti aree contrattuali :
 - Area Dipendenza € 331.343,24
 - Area specialistica ambulatoriale € 16.000,00
 - euro **125.000,00** per le seguenti aree contrattuali
 - Area Medicina Generale € 90.000,00
 - Area Pediatri di Libera Scelta € 35.000,00

Ritenendo altresì di integrare il PFA anno 2025 di **ulteriori € 50.000,00** per eventuali progetti formativi autorizzati dalla Direzione Generale in caso di emergenza sanitaria o di rilevanza strategica.

Si procede pertanto, di seguito a dispiegare il piano formativo in maniera dettagliata

PIANO FORMATIVO AZIENDALE

Anno 2025

Area contrattuale: Dipendenza Totale progetti nr. 153

DIPARTIMENTO CURE TERRITORIALI - U.O.S.D. DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE		
1	Dott. Andrea Capasso Dott.ssa Maria Rosaria Cerasuolo	Integrazione Ospedale Territorio - processi di facilitazione dei percorsi assistenziali
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		
2	Dott. Luigi Castellone	Conoscere il Dipartimento di Prevenzione
3	Dott. Antonio Chianese	Import/Export, controlli ufficiali e certificazioni sanitarie
4	Dott. Luigi Castellone	Sicurezza alimentare: Normative, controlli e Strategie di Prevenzione per la Tutela della Salute Pubblica
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - U.O.C. SANITA' ANIMALE E U.O.C. IAPZ		
5	Dott. Antonio Verre	Deontologia professionale: il codice deontologico, il conflitto di interessi, l'abuso di professione
6	Dott. Antonio Verre	Tutela penale animali e scienze forensi veterinarie: aspetti sostanziali, procedurali e casi pratici
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE		
7	Dott. Luigi Castellone Dott.ssa Maria Rosaria Granata	Le nuove normative sul farmaco veterinario orientate ad uso appropriato degli antibiotici per contenere L' antimicrobico-resistenza in un' ottica global health. Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Il nuovo piano di contrasto all' antimicrobico-resistenza
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - U.O.C. IAPZ		
8	Dott.ssa Maria Cerulo	Decreto legislativo N. 135/2022- Focus sull' Applicazione delle nuove direttive sul commercio e la detenzione di animali esotici e selvatici
9	Dott.ssa Maria Cerulo	Il benessere degli animali non convenzionali: una realta' sempre piu' emergente anche per il veterinario ispettore
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE		
10	Dott. Antonio Chianese	Trasferimento delle conoscenze, formazione a cascata
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE		
11	Dott. Antonio Verre Dott. Mariarosaria Basile	La psicologia dell'emergenza in sanita' in corso di eventi potenzialmente distruttivi, prima, durante e dopo il manifestarsi
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - U.O.C. SIAN - SETTORE NUTRIZIONE		
12	Dott. Luigi Castellone	Nutrizione 2.0 - Dietetica preventiva e strategie nutrizionali innovative, mirate per patologia
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - U.O.C. VET B		
13	Dott. Antonio Chianese	Team building e leadership, la sinergia nei gruppi di lavoro
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - U.O.C. VET B- SIAN		

14	Dott. Antonio Chianese	Non Conformita', valutazione del rischio e azioni dell'Autorita' Competente in Sanita' pubblica veterinaria e di igiene degli alimenti
DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE		
15	Dott. Vincenzo D'Auria	Dipendenze virtuali nel futuro presente
16	Dott. Vincenzo Lamartora	Drug checking e riduzione del danno
17	Dott. Vincenzo Lamartora	Implementazione competenze tecniche per gestione webradio "Cultradio"
18	Dott. Francesco Auriemma	La sindrome ADHD e le dipendenze patologiche
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		
19	Dott. Vincenzo Cacciapuoti Dott.ssa Rosanna Pluvio	Criteri d'inclusione per l'ipoteremia neonatale
20	Dott. Vincenzo Cacciapuoti	E' possibile rendere la cardiocografia piu' utile nella pratica clinica
21	Dott. Vincenzo Cacciapuoti Dott. Mario Emiliano	Emergenze ed urgenze pediatriche focus on
22	Dott. Vincenzo Cacciapuoti Dott.ssa Rosanna Pluvio	Rianimazione neonatale linee guida al alta fedelta'
DIPARTIMENTO OSPEDALIERO AREA MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO SAN GIULIANO		
23	Dott. Nunzio Quinto	La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento attraverso lo strumento dell'Operations Management
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		
24	Dott. Angelo Cucciniello	COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA: Tra buone prassi, progetti e ausili: Percorsi Alternativi nei progetti di vita
25	Dott. Angelo Cucciniello	I disturbi del comportamento alimentare: modelli di intervento
26	Dott. Angelo Cucciniello	La gestione delle emergenze in psichiatria
27	Dott. Angelo Cucciniello	La riabilitazione psichiatrica residenziale e semiresidenziale modelli e prospettive
28	Dott.ssa Monica Vanni Dott. Angelo Cucciniello	PDTA Disturbo dello Spettro Autistico: Contestualizzazione PDTA DGRC
DISTRETTO 35		
29	Dott.ssa Loredana Pacelli	Formazione per l'eccellenza: competenze per le Centrali Operative Territoriali
30	Dott.ssa Loredana Pacelli	Il ruolo del Distretto nella presa in carico del paziente autistico nella fase di transizione alla maggiore eta'
31	Dott.ssa Loredana Pacelli	Innovazione e aggiornamento delle competenze del personale CUP
32	Dott.ssa Loredana Pacelli	Presa in carico del paziente cronico di interesse socio-sanitario

DISTRETTO 39		
33	Dott. Domenico Ciccarelli	Approccio multidisciplinare alle disabilità comunicative e cognitive: strumenti pratici per l'intervento Integrato
DISTRETTO 41		
34	Dott.ssa Carmela Esposito Aiardo Dott. Gaetano Liguori	Disturbo da uso di alcol e patologie alcol correlate, conoscenze e competenze avanzate in Medicina Generale
DISTRETTO 42		
35	Dott. Antonio Buono	Screening oncologici - aggiornamenti ed esperienze
PRESIDIO OSPEDALIERO "Rizzoli" Ischia - U.O.C. CARDIOLOGIA		
36	Dott. Aniello Sansone Dott. Pietro Elia	Monitoraggio del paziente in terapia intensiva cardiologia
PRESIDIO OSPEDALIERO "Rizzoli" Ischia - U.O.C. CHIRURGIA		
37	Dott.ssa Erminia Falconio Dott. Dario D'Antonio	Gestione e trattamento delle lesioni cutanee acute e croniche: medicazioni avanzate e terapia a pressione negativa ai fini della prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.
38	Dott.ssa Erminia Falconio Dott. Francesco Pizza	Il rischio clinico in sala operatoria - Importanza dello strumentista di sala
PRESIDIO OSPEDALIERO "Rizzoli" Ischia - U.O.C. LABORATORIO PATOLOGIA CLINICA		
39	Dott.ssa Maria Cristina Stanzola	Medicina di laboratorio: aggiornamento e implementazione delle nuove tecniche nei percorsi diagnostici
PRESIDIO OSPEDALIERO "Rizzoli" Ischia - U.O.C. MEDICINA		
40	Dott. Ciro Di Gennaro Dott.ssa Angela Cocca	CUG Medicina di genere: LGBTI e identità di genere nella fascia d'età infantile e adolescenziale
41	Dott. Ciro Di Gennaro Dott.ssa Angela Cocca	Dignità uguali, uguali diritti - Le discriminazioni sui luoghi di lavoro e le azioni di contrasto
PRESIDIO OSPEDALIERO "Rizzoli" Ischia - U.O.C. ONCOLOGIA		
42	Dott.ssa Silvia Iliana Sara Fattorusso	Interpretazione della risposta radiologica ai trattamenti oncologici
43	Dott.ssa Silvia Iliana Sara Fattorusso	Linee guida nel trattamento delle principali patologie oncologiche (tumore della mammella, del colon e del polmone) - Protocolli farmacologici usati in oncologia: dagli antitumorali all'immunoterapia e procedura nella gestione dello stravaso e degli incidenti in oncologia
PRESIDIO OSPEDALIERO "Rizzoli" Ischia - U.O.C. RADIOLOGIA		
44	Dott. Roberto Lobianco	Attualità in diagnostica per immagini con ultrasuoni e RM nella patologia scrotale
PRESIDIO OSPEDALIERO "S. Giuliano" Giugliano - U.O.C. LABORATORIO PATOLOGIA CLINICA		
45	Dott.ssa Immacolata Piccirillo	Identificazione di microrganismi in campioni biologici: utilità dei test rapidi
46	Dott.ssa Immacolata Piccirillo	Indici precoci di sepsi: appropriatezza diagnostica

PRESIDIO OSPEDALIERO "S. Giuliano" Giugliano - U.O.C. RADIOLOGIA		
47	Dott.ssa Maria Iovino	Il ruolo dell' Imaging nelle urgenze addominali traumatiche
48	Dott.ssa Maria Iovino	Imaging post chirurgia bariatrica
PRESIDIO OSPEDALIERO "San Giovanni Di Dio" Frattamaggiore - U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE		
49	Dott. Francesco Imperatore	Cura efficace nei reparti di area critica: corso per il personale del comparto su handover e buone pratiche
PRESIDIO OSPEDALIERO "San Giovanni Di Dio" Frattamaggiore - U.O.C. CHIRURGIA GENERALE E LAPAROSCOPIA		
50	Dott. Vito De Pascale	La gestione del nodulo tiroideo
51	Dott. Giovanni Merola Dott. Vito De Pascale	La gestione del paziente obeso da sottoporre a chirurgia bariatrica
PRESIDIO OSPEDALIERO "San Giovanni Di Dio" Frattamaggiore - U.O.C. LABORATORIO PATOLOGIA CLINICA		
52	Dott. Luigi Reccia	Diagnostica tossicologica clinica e con finalita' medico legali (advanced).
PRESIDIO OSPEDALIERO "San Giovanni Di Dio" Frattamaggiore - U.O.C. ONCOLOGIA		
53	Dott. Raffaele Addeo	Gestione degli accessi vascolari in oncologia: dall'infusione alla dimissione domiciliare
54	Dott. Raffaele Addeo	Gestione delle emergenze in oncologia intramurarie, stravasato e spandimento delle sostanze citotossiche
55	Dott. Raffaele Addeo Dott.ssa Monica Vanni	PDTA Melanoma e carcinomi della cute
PRESIDIO OSPEDALIERO "San Giovanni Di Dio" Frattamaggiore - U.O.C. RADIOLOGIA		
56	Dott. Francesco Amodio	Applicazioni cliniche della COLON TC
57	Dott. Francesco Amodio	Il ruolo dell' imaging nelle urgenze addominali non traumatiche
PRESIDIO OSPEDALIERO "San Giovanni Di Dio" Frattamaggiore - U.O.C. UTIC-CARDIOLOGIA		
58	Dott. Francesco Piemonte	Telemedicina e controllo remoto dei devices
PRESIDIO OSPEDALIERO "San Giovanni Di Dio" Frattamaggiore - U.O.S.D. GINECOLOGIA E OSTETRICIA		
59	Dott. Vincenzo Cacciapuoti Dott. Luigi Galante	L' Endoscopia del terzo millennio
PRESIDIO OSPEDALIERO "Santa Maria delle Grazie" - U.O.C MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA		
60	Dott. Fabio Giuliano Numis	Applicazioni di ecografia e procedure invasive infermieristiche
61	Dott. Fabio Giuliano Numis	Corso Osservazione breve intensiva medici

62	Dott. Fabio Giuliano Numis	Corso pratico di suture in urgenza
63	Dott. Fabio Giuliano Numis	Corso teorico pratico base in ecografia clinica in Emergenza-Urgenza
64	Dott. Fabio Giuliano Numis	Corso teorico-pratico di ventilazione non invasiva e CPAP
65	Dott. Fabio Giuliano Numis	Gestione iniziale del paziente neurologico acuto
66	Dott. Fabio Giuliano Numis	Lettura pratica dell' emogasanalisi
67	Dott. Fabio Giuliano Numis Dott.ssa Monica Vanni	PDTA per la gestione iniziale dell'ictus ischemico nei PP.OO. dell'Asl Napoli2 Nord
68	Dott. Fabio Giuliano Numis	Preso in carico e gestione infermieristica del paziente critico in emergenza-urgenza
69	Dott. Fabio Giuliano Numis	Procedure invasive in urgenza
PRESIDIO OSPEDALIERO "Santa Maria delle Grazie" - U.O.C UTIC CARDIOLOGIA		
70	Dott. Gianluigi Tagliamonte Dott. Marco Boccalatte	ECG: dall'esecuzione all'interpretazione
71	Dott. Gianluigi Tagliamonte Dott. Marco Boccalatte	Gestione dei devices per il controllo del ritmo: dalla teoria alla pratica (PM/ICD-CRT)
72	Dott. Gianluigi Tagliamonte Dott. Marco Boccalatte	Le nuove metodiche di diagnostica ecografica: l'ecocardiogramma
PRESIDIO OSPEDALIERO "Santa Maria delle Grazie" - U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE		
73	Dott. Salvatore Di Colandrea Dott.ssa Daniela Errico	Aspetti medico-legali nel paziente critico: dalla teoria alla pratica
74	Dott. Salvatore Di Colandrea Dott.ssa Daniela Errico	Le Tecniche di sostituzione renale nel paziente critico: dalla teoria alla pratica
PRESIDIO OSPEDALIERO "Santa Maria delle Grazie" - U.O.C. CHIRURGIA		
75	Dott. Danilo Cutitta	ATLS (advanced trauma life support)
PRESIDIO OSPEDALIERO "Santa Maria delle Grazie" - U.O.C. GASTROENTEROLOGIA		
76	Dott. Roberto Lamanda Dott. Fabio Giuliano Numis Dott.ssa Monica Vanni	PDTA emorragie digestive superiori
PRESIDIO OSPEDALIERO "Santa Maria delle Grazie" - U.O.C. LABORATORIO PATOLOGIA CLINICA		
77	Dott. Salvatore Maddaluno	Aspetti clinici e neurobiologici della malattia di Alzheimer: dosaggio di biomarkers dal liquor e dal sangue
78	Dott. Salvatore Maddaluno	Diagnostica di laboratorio delle neuropatie autoimmuni
79	Dott. Salvatore Maddaluno	Infezioni correlate all'assistenza: la sorveglianza dei patogeni sentinella
PRESIDIO OSPEDALIERO "Santa Maria delle Grazie" - U.O.C. ONCOLOGIA		

80	Dott. Gaetano Facchini Dott.ssa Ida Bolognini	La Psiconcologia sulla scena della cura. Prospettive ed interventi
PRESIDIO OSPEDALIERO "Santa Maria delle Grazie" - U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
81	Dott. Antonio Scotto Di Luzio	Corso di formazione di sala gessi: bendaggi, gesso, ortesi
82	Dott. Antonio Scotto Di Luzio	Corso per strumentisti di Sala Operatoria in Ortopedia e Traumatologia
RPCT TRASPARENZA		
83	Dott.ssa Giuseppa Caccavale Dott. Tommaso Manzi Ing. Daniele Di Dio	La disciplina della trasparenza amministrativa: gli obblighi di pubblicazione
U.O.C. 118 E CENTRALE OPERATIVA		
84	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Applicazione procedure di dispatch ed allarme-Riascolto delle telefonate per migliorare l'assistenza
85	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Competenze comportamentali dell'operatore sanitario dell'emergenza pre-ospedaliera sulla scena del crimine
86	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Comunicazione e gestione delle dinamiche di lavoro nel team. Tecniche non conflittuali
87	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Corso Advanced Life Support certificato IRC
88	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Corso di guida sicura in emergenza
89	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Corso EPALS European Paediatric Advanced Life Support certificato IRC
90	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Corso Immediate Life Support certificato IRC
91	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Corso PTC Advanced Prehospital Trauma Care certificato IRC
92	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Discussione e revisione delle linee guida, dei protocolli e delle procedure in emergenza sanitaria
93	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Discussioni guidate su casi clinici
94	Dott. Luigi Langella	Eco Fast in emergenza pre-ospedaliera
95	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Gestione alternativa degli accessi vascolari in emergenza pre-ospedaliera
96	Dott. Luigi Langella	Gestione avanzata delle vie aeree
97	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Immobilizzazione, restrizione, trasporto e sicurezza del paziente traumatizzato
98	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	RCP di qualita' ed utilizzo di massaggiatori automatici
99	Dott. Luigi Langella Dott. Antonio Del Prete	Valutazione rapida dell'elettrocardiogramma e corretta gestione dell'interpretazione clinica
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI		

100	Dott. Lorenzo Verde	Aggiornamento per affidamenti di beni e servizi in attuazione del codice dei contratti DLGS 36/2023
U.O.C. AFFARI GENERALI		
101	Dott.ssa Giuseppa Caccavale Dott. Francesco Costanzo	Acquisizione prestazioni specialistiche aggiuntive secondo il Nuovo Codice
U.O.C. APPROPRIATEZZA CLINICA ED ORGANIZZATIVA		
102	Dott.ssa Paola Sapio	Appropriatezza delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale - Controlli D.C.A. 103/2019
103	Dott.ssa Paola Sapio	Appropriatezza Ricoveri Ospedalieri - Controlli SDO
104	Dott.ssa Paola Sapio	Gli adempimenti LEA nella pratica corrente: Griglia LEA-Indicatori del CORE_NSG, Piano Nazionale Esiti (P.N.E.).
105	Dott.ssa Paola Sapio	Infermiere di famiglia e di comunita'
106	Dott.ssa Paola Sapio	L'appropriatezza dei setting assistenziali dei pazienti in fase post-acuta ospedaliera
U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE		
107	Dott.ssa Maria Femiano	Corso di Formazione EXCEL Avanzato
108	Dott.ssa Maria Femiano	Potenziamento competenze informatiche per i dipendenti del Controllo di Gestione e per altro personale dell'azienda interessato per la creazione di report e dashboard con Microsoft PowerBI, per la strutturazione e l'utilizzo dei modelli Word e Powerpoint e per l'utilizzo degli strumenti di condivisione Microsoft 365
109	Dott.ssa Maria Femiano	Potenziamento competenze informatiche per il Controllo di Gestione per l'utilizzo del software KNIME
110	Dott.ssa Maria Femiano Dott. Raffaele Garofalo	Training on the job per i percorsi attuativi della certificabilita' dei bilanci delle aziende sanitarie
U.O.C. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO		
111	Dott. Natale Pratico'	ALS
112	Dott. Natale Pratico'	ATLS
113	Dott. Natale Pratico'	BLS-D
114	Dott. Natale Pratico'	BLS-D pediatrico
115	Dott. Natale Pratico'	Emergenze pediatriche
116	Dott. Natale Pratico'	Formazione Formatori
117	Dott. Natale Pratico'	PTC
U.O.C. GESTIONE RISORSE TECNICHE TECNOLOGICHE		
118	Ing. Davide Ferriello	Piano di formazione specifica del personale in riferimento ai metodi e alle tecniche di gestione dei progetti, mediante corso di formazione a distanza

U.O.C. INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA		
119	Dott.ssa Maria Femiano	Il Case Management per la dimissione protetta del paziente fragile
120	Dott.ssa Maria Femiano	Inglese Avanzato
121	Dott.ssa Maria Femiano	Interventi di prossimità: potenziamento delle competenze per il lavoro in ambiti complessi e multidisciplinari
U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE		
122	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Dott. Francesco Vigilante	Agenti fisici
123	Prof.ssa Maria Triassi Dott.ssa Mara Rosaria Basile	Corso di Formazione generale lavoratori sulla sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del D.LGS 81/2008 integrato accordo Stato Regioni del 07/07/2016 (16 ore in presenza)
124	Dott.ssa Mara Rosaria Basile	Corso di formazione generale lavoratori sulla sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del D.L.GS 81-2008 integrato accordo Stato Regioni del 07-07-2016(12 ore in presenza e FAD 4 ore)
125	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Dott. Filippo Avilia Dott.ssa Ida Bolognini	Corso di formazione per i lavoratori esposti al rischio chimico. Modalità di prevenzione in attuazione del D.LGS 81-08 e valutazione del rischio secondo la classificazione del REACH
126	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Ing. Anna Pisacane	Corso di formazione per i lavoratori incaricati di attuare le misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze nei luoghi di lavoro-art.37 comma 9 D.LGS 81/08 ART7dm10/03/1998- Rischio incendio elevato
127	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Ing. Daniele Di Dio	Corso di formazione per lavoratori videoterministi e formazione parte generale- FAD - Modalità di prevenzione in attuazione del D.LGS. 81/08
128	Prof.ssa Maria Triassi Dott.ssa Mara Rosaria Basile	Corso di formazione sui rischi trasversali ai sensi del D.LGS. 81/08 e s.m.- La gestione dello stress lavorativo negli operatori sanitari: criteri di individuazione valutazione e riduzione dei rischi
129	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Dott. Filippo Avilia	Corso di formazione sul " Primo Soccorso" ai sensi del D.L. 81/2008 integrato dall'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 e del D.M. 388/2003
130	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Dott.ssa Annalisa De Rosa	Corso di informazione per lavoratori gestione del sistema sicurezza in attuazione del D.LGS. 81/08 in FAD
131	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Ing. Anna Pisacane	La Movimentazione manuale pazienti nell'assistenza- corso teorico-pratico
132	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Dott. Filippo Avilia	La prevenzione della Violenza su Operatore Sanitario
133	Dott.ssa Mara Rosaria Basile	Prima formazione per esposti a Rischio biologico per lavoratori ASL Napoli 2 Nord
134	Dott.ssa Mara Rosaria Basile	Ruolo degli RLS per il sistema di gestione della sicurezza aziendale
135	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Dott.ssa Annalisa De Rosa	Ruolo degli ASPP con funzioni chiave per il sistema di gestione della sicurezza aziendale
136	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Prof.ssa Maria Triassi	Ruolo dei soggetti delegati e con funzioni chiave per il sistema di gestione della sicurezza aziendale- "Corso di formazione per dirigenti" in attuazione del D.LGS. 81/08 in conformità all'art.37 e ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 7 Luglio 2016
137	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Prof.ssa Maria Triassi	Ruolo dei soggetti delegati e con funzioni chiave per il sistema di gestione della sicurezza aziendale. "Corso di Formazione per preposti- In attuazione del D. LGS 81/2008" In conformità all'Art.37 d. Lgs 81/08 e punto 6 Accordo Stato-Regioni 2011
138	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Dott. Domenico Nardiello	Strumentazione obbligatoria :Le Competenze Psicosociali per chi Opera in Sanità
U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE - U.O.C 118 UCA		
139	Dott. Mariarosaria Basile Dott. Luigi Langella	Piano strategico-operativo PEIMAF e PEIVAC

U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE - U.O.C. EPIDEMIOLOGIA - U.O.C.118		
140	Dott. Mariarosaria Basile Dott. Luigi Langella	Piano strategico-operativo regionale PANFLU
U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE - U.O.S. FISICA SANITARIA E RADIOPROTEZIONE		
141	Dott.ssa Mara Rosaria Basile Dott. Francesco Vigilante Prof.ssa Maria Triassi	Corso di Formazione in materia di radioprotezione per lavoratori, dirigenti e preposti ai sensi dell'art. 61 comma 3 lett e) del D.Lgs241/00 e ai sensi dell'art. 7 comma 8 del D.Lgs 187/00
U.O.C. QUALITA' E RISK MANAGEMENT		
142	Dott.ssa Filomena Sibilio	Gruppi di miglioramento su tematiche emergenti inerenti il rischio clinico
143	Dott.ssa Filomena Sibilio Dott. Angelo Cucciniello	La prevenzione suicidio di paziente in ospedale. La raccomandazione ministeriale n.4
144	Dott.ssa Filomena Sibilio Dott. Mariano Fusco	La sicurezza del paziente nell'utilizzo dei farmaci: Focus sulle Raccomandazioni ministeriali n. 10 I bifosfonati possono essere causa di osteonecrosi a carico della mascella/mandibola e n 14 gli errori in corso di terapia con farmaci antineoplastici provocano gravi danni
145	Dott.ssa Filomena Sibilio	La sicurezza in Sala Operatoria: check list, buone pratiche, ruoli e funzioni
U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI E TRANSIZIONE DIGITALE		
146	Ing. Salvatore Flaminio	Cartelle cliniche elettroniche
147	Ing. Salvatore Flaminio	Fondi Finalizzati
148	Ing. Salvatore Flaminio	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
149	Ing. Salvatore Flaminio	SIAC/FIORI
150	Ing. Salvatore Flaminio	Telemedicina e Intelligenza artificiale
U.O.C. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERRITORIALI		
151	Dott. Giacomo Russo	L'offerta assistenziale nelle strutture residenziali aziendali
U.O.S. Percorsi Assistenziali per la Salute della Donna dell'Infanzia e della Famiglia		
152	Dott. Gennaro Treccagnoli Dott.ssa Immacolata D'orsi	Assistenza in ambito materno-infantile: stato dell'arte.
153	Dott. Gennaro Treccagnoli	Il Percorso Nascita Aziendale

PIANO FORMATIVO AZIENDALE

Anno 2025

Area contrattuale: Medicina Generale Totale

progetti nr. 7

PIANO FORMATIVO AZIENDALE

Anno 2025

Area contrattuale: Pediatria di Libera Scelta Totale

progetti nr. 7

PIANO FORMATIVO AZIENDALE

Anno 2025

Area contrattuale: Specialistica Ambulatoriale

Totale progetti nr. 4

SEZIONE 4: MONITORAGGIO, DOVE VENGONO INDICATI GLI STRUMENTI E LE MODALITÀ DI MONITORAGGIO, INSIEME ALLE RILEVAZIONI DI SODDISFAZIONI DEGLI UTENTI E DEI RESPONSABILI.

Monitoraggio del Valore Pubblico e della Performance

Misurare la performance significa monitorare le attività dell'azienda nel suo complesso, attraverso la definizione di specifici indicatori che siano in grado di mettere in relazione tutti gli elementi che fanno parte dell'attività aziendale e rappresentare tutte le dimensioni di misurazione.

Nella progettazione, costruzione e implementazione del sistema di misurazione delle performance l'azienda sottolinea e riconosce il ruolo fondamentale del Nucleo di Valutazione (OIV) che svolge una azione propositiva e di stimolo verso la Direzione Strategica e di verifica della coerenza dei risultati raggiunti in tema di performance organizzativa ed individuale con la programmazione aziendale.

La ASL Napoli 2 nord monitora lo stato di raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico e di performance programmati nel presente Piano attraverso la Relazione annuale sulla performance.

La Relazione, approvata dalla Direzione strategica, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato. Inoltre, l'Organismo Indipendente di Valutazione monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, comunicando tempestivamente eventuali criticità riscontrate. In corso d'anno, la UOC Controllo di gestione effettua dei monitoraggi infrannuali finalizzati a verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa e di segnalare alle Unità Operative interessate i necessari interventi correttivi (d.lgs. 286/1999).

Monitoraggio dei rischi corruttivi

Per quanto concerne il monitoraggio dei rischi corruttivi della ASL Napoli 2 nord, si rimanda alla specifica tabella del PTPCT.

Monitoraggio della customer satisfaction

Al fine della creazione e del mantenimento del Valore Pubblico, risulta fondamentale monitorare la percezione e la soddisfazione dei cittadini e degli stakeholders rispetto alla qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dall'Azienda.

La ASL Napoli 2 nord conduce da anni un'analisi sulla qualità percepita da parte dei cittadini che usufruiscono dei servizi aziendali. Questa non rappresenta un semplice sondaggio di opinioni, ma si realizza come un'occasione in cui è possibile ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e di relazione, costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia.

In tal senso, la ASL Napoli 2 nord intende costruire e attivare il Sistema di Gestione della Qualità, e, nello specifico:

- rilevare sistematicamente la percezione dei cittadini sulla qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati attraverso l'implementazione di strumenti di rilevazione come la conferenza dei servizi, l'audit civico, il CRM, le scale likert somministrate con i moduli web e altre modalità di misurazione;
- rilevare sistematicamente la conformità comportamentale degli operatori con strumenti di rilevazione come l'audit, l'osservazione diretta e indiretta (in collaborazione con il Rischio Clinico, SPP, Direzioni di Struttura);
- individuare gli aspetti critici dell'erogazione dei servizi, restituire le informazioni alle strutture e, diconseguenza, proporre le modifiche necessarie per migliorarne la qualità.

I risultati attesi a seguito dell'attuazione dei suddetti interventi riguardano l'incremento del grado di qualità percepita dal cittadino e della conformità comportamentale alle procedure nello svolgimento dei processi da parte degli operatori.

Monitoraggio delle azioni positive

La verifica e il monitoraggio dell'attuazione delle azioni positive indicate nella sezione n. 3, verrà effettuata in stretta collaborazione con il CUG. Come previsto dalla Direttiva 2/2019, in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive sarà aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance. Entro fine marzo di ogni anno il CUG effettuerà una relazione sullo stato di attuazione dei progetti da trasmettere alla Direzione strategica, all'OIV, al Dipartimento della Funzione Pubblica e al Dipartimento per le Pari Opportunità.

CONCLUSIONI

Il PIAO rappresenta l'ambizione di superare la "cultura adempimentale" e promuovere una gestione delle Aziende Pubbliche in misura trasparente, condivisa, semplificata e partecipata, da parte di tutti gli operatori.

L'Asl Napoli 2 Nord persegue questa ambizione promuovendo "a piccoli passi" *la cultura del fare e del fare meglio per le buone prassi e una buona Sanità* .

Allegato

PROTOCOLLO DI LEGALITÀ

DICHIARAZIONE FORMULATA IN CONFORMITÀ DEL “PROTOCOLLO DI LEGALITÀ” INTERCORRENTE TRA LA ASL NA 2 NORD E LA PREFETTURA DI NAPOLI

Il/La sottoscritto/a: _____

Nato/a il: _____ a: _____

residente in (indirizzo completo):

in qualità di:

dell'Impresa:

con sede in (indirizzo completo): _____

codice fiscale: _____

partita IVA: _____

telefono: _____

e-mail:

PEC:

SI IMPEGNA

ad osservare le seguenti clausole:

clausola n.1

La sottoscritta Impresa dichiara di essere a conoscenza di tutte le norme pattizie di cui al protocollo di legalità, sottoscritto nell'anno 2009 dalla stazione appaltante con la Prefettura di Napoli, tra l'altro consultabili al sito www.utgnapoli.it, e che qui si intendono integralmente riportate e di accettare incondizionatamente il contenuto e gli effetti”, ad esclusione, nel rispetto delle gerarchie delle fonti normative, di quelle previste in tema di tracciabilità finanziaria, dall'art. 2 comma 2, punti h) e i), dall'art. 7, comma 1 e dall'art. 8 comma 1 clausola 7) e 8) legge 13 agosto 2010 n. 136.

clausola n.2

La sottoscritta Impresa si impegna a denunciare immediatamente alle Forze di Polizia o all'Autorità Giudiziaria ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione nei confronti dell'imprenditore, degli eventuali componenti la compagine sociale o dei rispettivi familiari (richiesta di tangenti, pressioni per indirizzare l'assunzione di personale o l'affidamento di

lavorazioni, forniture o servizi a determinate imprese, danneggiamenti, furti di beni personali o di cantiere).

clausola n.3

La sottoscritta Impresa si impegna a segnalare alla Prefettura l'avvenuta formalizzazione della denuncia di cui alla precedente clausola 2 e ciò al fine di consentire, nell'immediato, da parte dell'Autorità di pubblica sicurezza, l'attivazione di ogni conseguente iniziativa.

clausola n.4

La sottoscritta impresa dichiara di conoscere e di accettare la clausola espressa che prevede la risoluzione immediata ed automatica del contratto, ovvero la revoca dell'autorizzazione al subappalto o subcontratto, qualora dovessero essere comunicate dalla Prefettura, successivamente alla stipula del contratto o subcontratto, informazioni interdittive di cui all'art. 10 del DPR 252/98, ovvero la sussistenza di ipotesi di collegamento formale e/o sostanziale o di accordi con altre imprese partecipanti alle procedure concorsuali d'interesse. Qualora il contratto sia stato stipulato nelle more dell'acquisizione delle informazioni del Prefetto, sarà applicata a carico dell'impresa, oggetto dell'informativa interdittiva successiva, anche una penale nella misura del 10% del valore del contratto ovvero, qualora lo stesso non sia determinato o determinabile, una penale pari al valore delle prestazioni al momento eseguite, le predette penali saranno applicate mediante automatica detrazione, da parte della stazione appaltante, del relativo importo delle somme dovute all'impresa in relazione alla prima erogazione utile.

clausola n.5

La sottoscritta Impresa dichiara di conoscere e di accettare la clausola risolutiva espressa che prevede la risoluzione immediata ed automatica del contratto, ovvero la revoca dell'autorizzazione al subappalto o subcontratto, in caso di grave e reiterato inadempimento delle disposizioni in materia di collocamento, igiene e sicurezza sul lavoro anche con riguardo alla nomina del responsabile della sicurezza e di tutela dei lavoratori in materia contrattuale e sindacale.

clausola n.6

La sottoscritta Impresa dichiara, altresì, di essere a conoscenza del divieto per la Stazione appaltante di autorizzare subappalti a favore delle imprese partecipanti alla gara e non risultate aggiudicatarie, salvo le ipotesi di lavorazioni altamente specialistiche.

clausola n.7

La sottoscritta Impresa dichiara di conoscere e di accettare la clausola risolutiva espressa che prevede la risoluzione immediata ed automatica del contratto ovvero la revoca dell'autorizzazione al subappalto o subcontratto nonché, l'applicazione di una penale a titolo di liquidazione dei danni- salvo comunque il maggior danno- nella misura del 10% del valore del contratto o, quando lo stesso non sia determinato o determinabile, delle prestazioni al momento eseguite, qualora venga effettuata una movimentazione finanziaria (in entrata o in uscita) senza avvalersi degli intermediari di cui al decreto- legge n. 143/1991.

clausola n.8

La sottoscritta impresa dichiara di conoscere ed accettare l'obbligo di effettuare gli incassi e i pagamenti di importo superiore ai tremila euro relativi ai contratti di cui al presente protocollo attraverso conti dedicati accesi presso un intermediario bancario ed esclusivamente tramite bonifico bancario in caso di violazione di tale obbligo senza giustificato motivo, la stazione appaltante

applicherà una penale nella misura del 10% del valore di ogni singola movimentazione finanziaria cui la violazione si riferisce, detraendo automaticamente l'importo dalle somme dovute in relazione alla prima erogazione utile.

DICHIARA

di essere informato e di aver preso atto che la mancata osservanza di una delle predette clausole nonché della legge 13 agosto 2010 n. 136 farà sì che l'impresa o l'ente non avente scopo di lucro inosservante sarà considerato di non gradimento per la ASL, che pertanto procederà alla rescissione dell'eventuale relativo contratto d'appalto.

Luogo e data _____

L'Impresa

Atto di riferimento	Tipologia Obiettivo: A Amministrativo; S Sanitario	Area	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area delle Cure Primarie	Area Materno-infantile	Area delle Dipendenze	Area della Salute Mentale	Area Farmaceutica	Area delle Cure Territoriali: Residenzialità, Cure domiciliari, Sociosanitario, Riabilitazione, Accreditamento	Area Direzioni di Presidi Ospedalieri	Area dell'Emergenza Urgenza	Area Chirurgica Ospedaliera	Area Medica Ospedaliera	Area Oncologica	Area Diagnostica per immagini	Area Medicina di Laboratorio	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Sanitaria funzioni Centrali		
DGRC 320/2022 e NSG D10Z; D11Z	S	Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	garantire una performance aziendale non inferiore al valore soglia del 60%		x	x	x		x			x		x	x	x	x	x		x		
			Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	garantire una performance aziendale non inferiore al valore soglia del 60%		x	x	x		x					x		x	x	x	x	x		x
DGRC 320/2022 NSG D14C	S	Appropriatezza farmaceutica	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	garantire un valore aziendale di DDD entro la soglia stabilita di 6.500		x	x				x												
DGRC 320/2022 682/2022; NSG D22Z; Garanzia LEA;	S	Cure domiciliari	Percentuale di anziani ≥65 anni trattati in ADI	garantire gli obiettivi PNR come assegnati dalla Regione Campania con DGRC 682/2022 e successive		x	x					x											
			Percentuale >=90% di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno 1 accesso sul totale delle prese in carico con data di dimissione nell'anno	garantire almeno la percentuale del 90%		x								x									x
			Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Garantire per ogni CIA i valori soglia previsti paria a 2,6 per CIA 1, 1,9 per CIA 2, e 1,5 per CIA 3		x								x									
DGRC 320/2022 e Allegato B del DG	S	Integrazione Ospedale Territorio	Percentuale >=10% di pazienti (età 65+) sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro 2 giorni dalla dimissione ospedaliera	garantire almeno la percentuale del 10%		x						x	x			x						x	
			N.<= 15 per 1.000.000 ab., dimissioni per amputazione arto per complicanze patologia diabetica	garantire un valore <= 15 per 1.000.000 ab.		x																	
DGRC 320/2022 NSG D27Z; Garanzia LEA ob. 14	S	Salute Mentale	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	valore soglia 6,9						x													
			Numero assistiti presso il DSM per 1.000 residenti	Continuare a garantire un valore compreso >=10.82							x												
DGRC 320/2022 e indicatori NSG D30Z; D33Z. Assistenza sociosanitaria domiciliare, territoriale e residenziale	S	Assistenza sociosanitaria domiciliare, territoriale e residenziale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	al diminuire del valore dell'indicatore diminuisce la garanzia del LEA. Valore soglia 35		x						x											
			Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	al diminuire del valore dell'indicatore diminuisce la garanzia del LEA. Valore soglia 24,6		x								x									
DGRC 320/2022 e indicatori NSG area ospedaliera H02Z; H04Z	S	Efficienza nell'erogazione/ Appropriatezza organizzativa	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	continuare a garantire un valore soglia >70%									x		x								
			Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	continuare a garantire un valore <=0,18%											x		x	x	x				
DGRC 320/2022 Allegato B del DG	S	Appropriatezza organizzativa ospedaliera	Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg stesso MDC	continuare a garantire un valore standard <=5%									x		x	x	x						
			Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico in soggetti in età >=65 anni con degenza oltre soglia/Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico in soggetti in età >=65 anni	continuare a garantire un valore standard <=3,75%										x	x		x	x	x				
			Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici/ numero di dimessi da reparti chirurgici	continuare a garantire un valore standard <25%											x		x						

Atto di riferimento	Tipologia Obiettivo: A Amministrativo; S Sanitario	Area	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area delle Cure Primarie	Area Materno-infantile	Area delle Dipendenze	Area della Salute Mentale	Area Farmaceutica	Area delle Cure Territoriali: Residenzialità, Cure domiciliari, Sociosanitario, Riabilitazione, Accreditamento	Area Direzioni di Presidi Ospedalieri	Area dell'Emergenza Urgenza	Area Chirurgica Ospedaliera	Area Medica Ospedaliera	Area Oncologica	Area Diagnostica per immagini	Area Medicina di Laboratorio	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Sanitaria funzioni Centrali		
			Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico/ Numero di dimessi sottoposti ad intervento chirurgico	Continuare a mantenere un valore standard 1,4 giorni									x		x								
DGRC 320/2022 e indicatori NSG area ospedaliera H05Z; H13C; H17C; H18C.	S	Appropriatezza e qualità delle cure	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Garantire un valore soglia >70%									x		x						x		
			Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	continuare a garantire il raggiungimento del valore soglia >70%											x		x						
			Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	Continuare a incrementare la riduzione per garantire il raggiungimento del valore soglia <20%						x						x		x					
			Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti	Continuare a incrementare la riduzione per garantire il raggiungimento del valore soglia <25%						x						x		x					
DGRC 320/2022 e indicatori NSG area ospedaliera H08Za, H23C	S	Efficacia/Appropriatezza clinica e Efficienza nell'erogazione	Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	Garantire una soglia maggiore di 0,6									x	x	x	x	x		x		x		
			Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Garantire una soglia inferiore a 13,64											x	x		x					
DGRC 320/2022 Allegato B del DG; Garanzia LEA	S	Piano Nazionale Esiti	Programmazione, monitoraggio e verifica PNE	Garantire le attività di programmazione, monitoraggio e verifica PNE									x								x		
DGRC 320/2022 Allegato B del DG ; Garanzia LEA	S	Flussi NSIS	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS	continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi, nel rispetto delle scadenze regionali e ministeriali	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x		

Tipologia Obiettivo: A Amministrativo; S Sanitario	Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area delle Cure Primarie	Area Materno-Infantile	Area delle Dipendenze	Area della Salute Mentale	Area farmaceutica	Area delle Cure Territoriali: Residenzialità, Cure domiciliari, Socio-sanitario, Riabilitazione, Accreditemento	Area Direzioni di Presidi Ospedalieri	Area dell'Emergenza Urgenza	Area Chirurgica Ospedaliera	Area Medica Ospedaliera	Area Oncologica	Area Diagnostica per immagini	Area Medicina di Laboratorio	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Sanitaria funzioni Centrali
	179/2023; DD 180/2023		Monitoraggio e contenimento dell'utilizzo degli antibiotici classe J01 entro le DDD stabilite come target		x	x				x		x	x	x	x	x				x
			Appropriatezza prescrittiva farmaci oncologici - uniformità comportamenti prescrittivi ed erogativi dei centri prescrittori							x		x				x				x
A	percorsi PAC/SIAC D.lgs. 118/2011; DCA 5/2015; DCA 108/2014; DCA 53/2017; DCA 22/2018; DCA 63/2018; DCA 6/2020; DCA n. 67/2019;deliberazioni aziendali n.173/2016, n. 88/2017, n. 555/2017, n.249/2019, n. 1549 /2020, n. 1280/2022, n. 1748/2022	Percorsi PAC	Applicazione delle azioni previste nel Manuale dei percorsi attuativi per la certificabilità (PAC)	x	x			x	x	x	x	x					x	x	x	x
A	D.lvo 286/1999; D.lvo 29/1993; DCA 14/2009; DD 192/2017;DCA 67 /2019; delibera 127/2017; DCA n. 6 /2020;DGRC 168/2021 Deliberazione n. 249 del 09/10/2019; Deliberazione 188/2023.	Controllo di gestione e contabilità analitica	Attuazione dei corretti processi contabili analitica e gestionale aziendale per CdC e CdR e potenziamento dei sistemi di monitoraggio, misurazione e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati aziendali	x	x	x		x	x	x	x	x	x				x	x	x	x
S	DCRG 271/2012; DCA 34/2017; D.L. 104/2020; DCA 52/2019; DCA 6/2020; DGRC 209/2022; Deliberazione N. 1720 del 27/09/2023;	Miglioramento delle liste di attesa	Governo delle liste di attesa e garanzia dei percorsi di tutela dei tempi massimi di attesa		x	x						x		x	x	x	x	x	x	x
S	DCRG 102/2009; DCA 17/2014;DCA 35/2017; DCA 4/2018; DCA 31/2018; DCA 6/2020; DGRC 470/22; delibera 528/2022; 930/2019; 929/2019; 1493/ 2018.	DAY-SERVICE	Promozione e implementazione dei day-service (PACC)		x							x			x	x	x	x		x
S	DCA 70/2017; DCA 3/2018; DCRG 320/2022; DCA 108/2014; DCA 26/2014; DCA 43/2014; et successivi; DCA 32/2019; PND accordo C.U. del 30/10/2014; DCA 52/2015; DGRC 618/2020; DCA 132/2013; DCA 69/2017; delibera 1101/2017; delibera 1186/2018; DCA 23/2015; DCA 63/2019; delibera 977/2018; delibera 515/2022; delibera 308/2022; 579/2017; 763/2018; 902/2019; delibera aziendale n.184/2022	PDTA	messa a regime dei PDTA e dei relativi flussi sanitari nonché revisione dei PDTA esistenti		x		x		x		x	x	x	x	x	x				x
S	DCA 98/ 2016; DCA 19/2018; DCA 89/2018;D.D. 221/2021	Rete Oncologica Campana	Attuazione delle misure regionali previste dai documenti di indirizzo relativamente alla gestione del paziente oncologico nell'ambito dei GOM aziendali. Potenziamento degli strumenti di monitoraggio della qualità e tempi di presa in carico nelle varie fasi del percorso	x	x	x					x	x				x	x	x		x

Tipologia Obiettivo: A Amministrativo; S Sanitario	Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area delle Cure Primarie	Area Materno-Infantile	Area delle Dipendenze	Area della Salute Mentale	Area farmaceutica	Area delle Cure Territoriali: Residenza, Cure domiciliari, Socio-sanitario, Riabilitazione, Accredimento	Area delle Cure Territoriali: Residenzialità, Cure domiciliari, Socio-sanitario, Riabilitazione, Accredimento	Area dell'Emergenza Urgenza	Area Chirurgica Ospedaliera	Area Medica Ospedaliera	Area Oncologica	Area Diagnostica per immagini	Area Medicina di Laboratorio	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Sanitaria funzioni Centrali		
S	DCA N. 63 DEL 29/07/2019 e successivi	Rete Ictus ischemico	Definizione ed avvio PDTA ictus ischemico										X	X	X	X	X	X		X		
S	DGRC n.111 del 27.05.2013; DPCM 159/2013; L. 328/2000; D.P.C.M. del 29/11/2001	Equità in salute	Integrazione socio-sanitaria dei migranti e dei senza fissa dimora	X	X	X	X	X	X		X											
S	DCA 103/2018; DCA 21/2018, DCA 6/2020; DCA 69/2021	Riqualificazione attività di ricovero	Riqualificazione del case mix delle prestazioni di ricovero anche al fine di ridurre la migrazione sanitaria;										X	X	X	X	X			X		
			Miglioramento del tasso di occupazione posti letto, della degenza media, della produttività e della performance										X		X	X	X	X				
			Promozione di metodi di umanizzazione dei servizi sanitari, in particolare ai bambini e ai loro familiari e sostegno al personale sanitario sottoposto a particolari fattori di stress												X	X	X	X	X			
S	DCA 103/2018; DGRC 378/2022; Deliberazione N. 1978 del 31/10/2023	Riqualificazione dell'emergenza urgenza	Riqualificazione/Miglioramento del circuito dell'emergenza urgenza nella gestione delle patologie tempo-dipendenti										X	X						X		
			Avvio attuazione procedura Generale Triage Intraospedaliero a 5 Codici: garantire la procedura di cui alla Deliberazione N. 1978 del 31/10/2023 e organizzazione/partecipazione alla formazione											X	X							
			Formazione permanente per l'adeguamento delle competenze tecnico-scientifiche per la gestione delle emergenze sanitarie					X		X					X	X	X	X		X	X	X
			Revisione procedure per il corretto indirizzamento dei pazienti, anche in ambito extraospedaliero, del trasporto primario e secondario												X	X						
S	DCA 99/2018; DCA 6/2020; DM 77/2022	Rete assistenza territoriale	Completamento delle misure organizzative dell'assistenza territoriale sul modello AFT e delle Strutture territoriali ed intermedie (COT, Case di Comunità, Ospedali di Comunità)		X	X					X									X	X	
			Progettazione e implementazione di percorsi per migliorare la qualità dei servizi distrettuali e consultoriali nell'ottica dell'accessibilità e dell'umanizzazione delle cure ("Distretto amico")		X	X	X						X									X
		Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio	Consolidamento di percorsi assistenziali integrati verso cui orientare il cittadino in cura per periodi di tempo medio- lunghi (malattie croniche).		X								X									X
S	DCA108/2014; DD192/2017; DGRC 394/2016; L.g. 120/2007; DGRC 373/2019; DCA 6/2020; DCA 103/2019; DCA 69/2019 e successivi	Flussi Informativi Sanitari	Adozione delle misure più idonee per il miglioramento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati: File F, Flusso EMUR, FILE C; Tessera sanitaria, FAR, SIAD, SDO,etc	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X		

Tipologia Obiettivo: A Amministrativo; S Sanitario	Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area delle Cure Primarie	Area Materno-Infantile	Area delle Dipendenze	Area della Salute Mentale	Area farmaceutica	Area delle Cure Territoriali: Residenza, Cure domiciliari, Socio-sanitario, Riabilitazione, Accredimento	Area Direzioni di Presidi Ospedalieri	Area dell'Emergenza Urgenza	Area Chirurgica Ospedaliera	Area Medica Ospedaliera	Area Oncologica	Area Diagnostica per immagini	Area Medicina di Laboratorio	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Sanitaria funzioni Centrali
S	DM 23.12.2019 e ss.mm.ii. ,D.M. 20/5/2022; Nota DGTSSSR 0096576/2022; DCA 34/2019; DGRC 426/2020; Deliberazione N. 1576 del 14/09/2023	Fascicolo elettronico sanitario	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM e gestione del consenso informato		x		x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	
S	DM 77/2022	Implementazione telemedicina	Incremento delle persone assistite attraverso gli strumenti della telemedicina	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
S	Delibera Asl n. 1688/2022; Delibere Asl n.1859 e 1860 del 13/10/2023	Cartella Clinica Digitalizzata	Implementazione ex novo della cartella clinica informatizzata ospedaliera e ambulatoriale		x						x	x							x	
S	DCA 60/2018; DCA 95/2018; DGRC 46/2022; DCA/25/2020	ALPI	Corretta attuazione del Regolamento aziendale e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie	x	x	x			x			x							x	x
S	DGRC 108/2014; DGRC 716/2016; DGRC 134/2018 et successivi	Sanità Penitenziaria	Attuazione dei programmi di sanità penitenziaria					x	x		x									
S	D.L. 170/2010; D.L. 134/2015;DCA 24/2015; DCA 93/2019; Delibera della Giunta Regionale n. 131 del 31/03/2021; Deliberazione 526-2023; Deliberazione 1244-2023 e 836-2023	Neuropsichiatria infantile e DSM - autismo	Disturbi specifici dell'apprendimento, percorso clinico-organizzativo di prevenzione, diagnosi, cura, ri-abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico, riorganizzazione rete autismo.		x		x		x											x
S	DGRC 656 del 07/12/2022	Attuazione Piano Regionale per il Contrasto dei Disturbi della nutrizione e dell'Alimentazione	Potenziamento dell'attività ambulatoriale per i DNA e implementazione semiresidenzialità				x		x											
S	DPCM del 12/01/2027 artt. 28 e 35; 136 del 16/07/2021;	D.M. n. Dipendenze Patologiche	Garantire i LEA di cui agli artt. 28 e 35 del DPCM del 2017 secondo le linee guida ministeriali in relazione alle attività di: prevenzione, cura, presa in carico, riabilitazione dei pazienti affetti da dipendenze patologiche, con particolare riferimento al gioco d'azzardo e ai disturbi comportamentali.					x												
S	DGRC 320/2022; DGRC 210/2022; delibera aziendale 290/2023	Fabbisogno aziendale di prestazioni sanitarie pubbliche di assistenza specialistica ambulatoriale e degli obiettivi di produzione	Obiettivi di produzione per l'ASL per le branche di Patologia clinica, medicina fisica e Riabilitativa, Cardiologia, Radiodiagnostica, branche a visita, dialisi		x	x					x	x		x	x	x	x	x	x	x
S	DGRC 600/2021; D.D. 110/2022 deliberazione 208/2022; 482/2022; 1194/2022; nota reg. Prot.0514502/2022	Piano della Prevenzione 2020-2025 di cui alla DGRC 600/2021	raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	x

Tipologia Obiettivo: A Amministrativo; S Sanitario	Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area delle Cure Primarie	Area Materno-Infantile	Area delle Dipendenze	Area della Salute Mentale	Area farmaceutica	Area delle Cure Territoriali: Residenzialità, Cure domiciliari, Socio-sanitario, Riabilitazione, Accreditemento	Area delle Cure Territoriali: Ospedalieri	Area dell'Emergenza Urgenza	Area Chirurgica Ospedaliera	Area Medica Ospedaliera	Area Oncologica	Area Diagnostica per immagini	Area Medicina di Laboratorio	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Sanitaria funzioni Centrali	
S	DGRC 320/2022	Primo ciclo terapeutico	Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;							x		x									
S	DCA 55/2010; DGRC 320/2022;DD 145/2021;DD 129/2021.	Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio in Regione Campania	Potenziamento della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale; gestione screening cervice uterina con diagnosi Hpw; collegamento dell'anatomia patologia ai punti prelievo.		x	x											x	x	x		
S	D.lvo 502/1992; 229/1999; CCNL di categoria; D.lgs 78/2010 convertito in legge 122/2010;deliberazione n° 127/2018	Formazione	Garantire l'implementazione dei corsi autorizzati nel Piano formativo aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
S	DGRC 274/22; DM 29/04/2022; DGRC 421/22, 21/23 e 71/23; DGRC 682/22; DM 77/2022;	Cure domiciliari	Potenziamento della presa in carico in regime domiciliare, anche a supporto delle dimissioni protette ospedaliere		x						x										
			Dare seguito alla DGRC 274/22 per l'adozione del modello digitale assistenza domiciliare approvato con DM 29/04/2022		x						x									x	
			Dare seguito a quanto di competenza dell'Asl per l'implementazione del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni private per l'erogazione di cure domiciliari (DGRC 421/22, 21/23 e 71/23)	x							x										
			Interventi in esecuzione della DGRC 682/22 per raggiungere, entro il 2026, il target di presa in carico progressiva del 10% della popolazione over 65;		x	x					x									x	
			Definire il piano operativo in attuazione della DGRC 382/23 per l'erogazione delle cure domiciliari di base e la corretta registrazione nel flusso SIAD delle stesse.		x	x					x									x	
S	ACCORDO Conferenza Unificata 4/2013, 116/2013, 137/2014, 138/2014; Intesa del 25/7/2019; Legge 134/2015; DCA 14/2017; DCA	Salute mentale	Garantire le Valutazioni Multidimensionali per l'aggiornamento periodico dei piani assistenziali delle persone ospiti delle strutture residenziali psichiatriche						x												
			Favorire il reingresso nella società attraverso attività educative, di apprendimento sociale e di sviluppo delle capacità cognitive						x												
			Promuovere il sostegno alla vita domiciliare, l'aiuto alla gestione di alloggi comunitari, la gestione di attività socializzanti e di inserimento lavorativo						x												

Area Sanitaria funzioni Centrali				x
Area Amministrativa funzioni Centrali				x
Area Medicina di Laboratorio				x
Area Diagnostica per immagini				x
Area Oncologica				x
Area Medica Ospedaliera				x
Area Chirurgica Ospedaliera				x
Area dell'Emergenza Urgenza				x
Area Direzioni di Presidi Ospedalieri				x
Area delle Cure Territoriali: Residenzialità, Cure domiciliari, Sociosanitario, Riabilitazione, Accreditemento			x	x
Area farmaceutica				x
Area della Salute Mentale	x	x		x
Area delle Dipendenze				x
Area Materno-Infantile				x
Area delle Cure Primarie			x	x
Area Distrettuale			x	x
Area Prevenzione				x
Descrizione Obiettivo	Gestione della transizione dei disturbi del neurosviluppo	Collaborare alla formulazione di percorsi di inserimento lavorativo attraverso la stipula di specifici protocolli con agenzie pubbliche, private e del privato sociale	Implementazione delle cure palliative come da delibera aziendale n. 1311/2022	Tempestività e completezza dei riscontri alle richieste della Direzione Strategica
Obiettivo			Cure palliative	Governo degli indirizzi aziendali
Atto di riferimento	6/2020		Delibera Asl n. 1311/2022	DGRC 320/2022
Tipologia Obiettivo: A Amministrativo; S Sanitario			S	A-S

OBIETTIVI RELATIVI alla SICUREZZA dei PAZIENTI-RISCHIO CLINICO

Tipologia Obiettivo: A Amministrativo; S Sanitario	Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area delle Cure Primarie	Area Materno-Infantile	Area delle Dipendenze	Area della Salute Mentale	Area farmaceutica	Area delle Cure Territoriali: Residenzialità, Cure domiciliari, Sociosanitario, Riabilitazione, Accreditamento	Area Direzioni di Presidi Ospedalieri	Area dell'Emergenza Urgenza	Area Chirurgica Ospedaliera	Area Medica Ospedaliera	Area Oncologica	Area Diagnostica per immagini	Area Medicina di Laboratorio	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Sanitaria funzioni Centrali		
S	DCA 105/2014;DCA 108/2014; deliberazioni aziendali n.523/2018; 528/2021; 1054/2017; 1337/2017; 1801/2021deliberazioni aziendali su raccomandazioni ministeriali: 273/2016; 295/2013; 729/2014; 20/2015; 741/2014; 888/2018; 141/2014; 1160/2017; 637/2011; 1179/2017; 636/2011; 73/2018; 145/2015; 1170/2017; 765/2020; 1050/2020.	Sicurezza dei pazienti	Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico																x	x		
			Prevenzione delle infezioni nosocomiali e adesione agli studi di sorveglianza sanitaria delle infezioni correlate all'assistenza; attività di sorveglianza e prevenzione dell'antibiotico resistenza. (PNCAR)	x	x							x	x	x	x	x	x	x	x			x
		Sistema Nazionale SIMES	Alimentazione del flusso informativo regionale-ministeriale Nsis SIMESrelativo agli errori in sanità (eventi sentinella e sinistri). Assolvimento debito informativo ministeriale flussi informativi																		x	x
		Raccomandazioni Ministeriali	Verifica e applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali già adottate dall' Azienda										x	x	x	x	x					x

OBIETTIVI RELATIVI alla TRASPARENZA e PREVENZIONE della CORRUZIONE

Tipologia Obiettivo: A Amministrativo; S Sanitario	Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area delle Cure Primarie	Area Materno-Infantile	Area delle Dipendenze	Area della Salute Mentale	Area farmaceutica	Area delle Cure Territoriali: Residenzialità, Cure domiciliari, Sociosanitario, Riabilitazione, Accreditamento	Area Direzioni di Presidi Ospedalieri	Area dell'Emergenza Urgenza	Area Chirurgica Ospedaliera	Area Medica Ospedaliera	Area Oncologica	Area Diagnostica per immagini	Area Medicina di Laboratorio	Area Amministrativa funzioni Centrali	Area Sanitaria funzioni Centrali
A	Legge 190/2012; delibere aziendali	Prevenzione della corruzione e trasparenza	Nell'ambito del PIAO applicazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza 2022-2024	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A	D.lgs. 33/2013	Monitoraggio delle informazioni	Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazioni prescritte dal Decreto 33/2013 et s.m.i. e riscontri a eventuali rilievi del RPT e dell'OIV	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x
		Riscontro rilievi del Collegio Sindacale	Tempi di riscontro al collegio sindacale entro 30 giorni	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x