



**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
***Triennio 2025 - 2027***

*Art. 6 del DL 80/2021*

## INDICE

Premessa .....	7
<b>SEZIONE 1 .....</b>	<b>9</b>
<b>1 L'ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione .....</b>	<b>10</b>
1.1 La costituzione e la sede legale dell'ASL Napoli 3 Sud.....	10
1.2 I dati socio demografici ed epidemiologici .....	10
1.3 I materiali e metodi .....	10
1.4 La piramide dell'età.....	12
1.5 La distribuzione per fasce e sesso .....	13
1.6 Le tabelle degli indici per l'ASL Napoli 3 Sud e per Distretto.....	16
1.7 I distretti sanitari e le competenze territoriali.....	22
1.8 Il logo.....	24
1.9 Il patrimonio .....	24
1.10 La vision.....	25
1.11 La mission.....	25
1.12 Clinical Governance e Sicurezza delle cure .....	26
1.13 Partecipazione, trasparenza e tutela dei diritti dei cittadini.....	27
<b>SEZIONE 2 .....</b>	<b>31</b>
<b>2 Il Valore Pubblico .....</b>	<b>32</b>
2.1 Il valore pubblico per l'ASL Napoli 3 Sud .....	32
2.2 Semplificazione e reingegnerizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud.....	37
2.3 Strategie di innovazione dei processi clinico sanitari.....	42
2.4 Strategie di innovazione dei processi amministrativo-contabili.....	54
2.5 Le misure di benessere equo e sostenibile.....	57
<b>3 Le Performance .....</b>	<b>82</b>
3.1 Introduzione.....	82
3.2 L'identificazione delle aree di intervento .....	83
3.3 L'azienda in cifre.....	84
3.4 Analisi del contesto esterno .....	85
3.5 Analisi del contesto interno .....	85
3.6 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance .....	88
3.7 I requisiti degli indicatori .....	94

3.8	L'individuazione degli obiettivi strategici .....	100
3.9	L'area delle disabilità .....	108
3.10	Le politiche di prevenzione .....	121
3.11	Gli obiettivi di riorganizzazione .....	133
3.12	La comunicazione sanitaria .....	136
3.13	Gli obiettivi strategici ed operativi per l'anno 2025 .....	140
3.14	Lo schema degli obiettivi.....	145
<b>4</b>	<b>I rischi corruttivi e la trasparenza .....</b>	<b>146</b>
4.1	Introduzione.....	146
4.2	Soggetti e ruoli della strategia aziendale .....	146
4.3	Analisi del contesto .....	152
4.4	Contesto esterno dell'Asl Napoli 3 Sud.....	152
4.5	Contesto interno dell'Asl Napoli 3 Sud .....	159
4.6	La gestione del rischio.....	159
4.7	La mappatura dei processi.....	159
4.8	La valutazione dei rischi corruttivi.....	161
4.9	Il codice di comportamento e azioni di miglioramento .....	164
4.10	Conflitti di interesse: obblighi di astensione e di segnalazione .....	167
4.11	L'inconferibilità e l'incompatibilità .....	168
4.12	Strategia di contrasto al fenomeno corruttivo: la formazione.....	170
4.13	Il pantouflage o revolving doors (porte girevoli) .....	173
4.14	Whistleblowing.....	175
4.15	La gestione della segnalazione.....	180
4.16	Tutela della riservatezza .....	185
4.17	Aree di rischio .....	195
4.18	Area di Rischio Generale - Contratti pubblici.....	195
4.19	La trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023 198	
4.20	Il Rup.....	201
4.21	Area di Rischio Generale - Reclutamento del personale .....	205
4.22	Area di Rischio – Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.....	211
4.23	Aree di rischio specifico in Sanità .....	213
4.24	Monitoraggio.....	216
4.25	La trasparenza.....	217

4.26	Dati da pubblicare e procedura per la pubblicazione.....	220
4.27	Comprensibilità dei dati.....	222
4.28	Controllo e Monitoraggio.....	222
4.29	Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati .....	223
4.30	Accesso civico .....	226
<b>SEZIONE 3 .....</b>		<b>229</b>
5	<b>La struttura organizzativa.....</b>	<b>230</b>
5.1	L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud .....	230
5.2	Area centrale .....	231
5.3	Area dipartimentale .....	232
5.4	Area ospedaliera .....	233
5.5	Area Funzionale .....	234
5.6	Area distrettuale .....	235
5.7	I dati dell'organizzazione.....	236
6	<b>Il lavoro agile .....</b>	<b>242</b>
6.1	L'organizzazione del lavoro agile dell'ASL Napoli 3 Sud .....	242
7	<b>Il piano triennale del fabbisogno di personale.....</b>	<b>246</b>
7.1	Introduzione.....	246
7.2	La normativa di riferimento .....	246
7.3	Criteri e modalità di elaborazione del Piano .....	249
7.4	Area territoriale .....	257
7.5	Il rispetto dei vincoli di finanza pubblica.....	263
7.6	La formazione del personale .....	266
7.7	Il piano delle azioni positive.....	267
<b>SEZIONE 4 .....</b>		<b>269</b>
8	<b>Il monitoraggio delle linee programmatiche .....</b>	<b>270</b>
8.1	Le attività di monitoraggio dell'ASL Napoli 3 Sud .....	270
8.2	Il monitoraggio del Valore pubblico .....	272
8.3	Il monitoraggio delle Performance .....	274
8.4	Il monitoraggio del Lavoro agile .....	275
8.5	Il monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale .....	278
8.6	La soddisfazione degli utenti .....	279
9	<b>Bibliografia e sitografia .....</b>	<b>281</b>
10	<b>Indice degli allegati .....</b>	<b>283</b>

## **INDICE DELLE FIGURE**

Figura 1 – La piramide dell’età dell’ASL Napoli 3 Sud .....	13
Figura 2 – La popolazione per fasce d’età dell’ASL Napoli 3 Sud .....	14
Figura 3 – La popolazione per fasce d’età e sesso .....	15
Figura 4 – Indice di vecchiaia .....	19
Figura 5 – Indice di dipendenza anziani.....	20
Figura 6 – Indice di dipendenza strutturale .....	21
Figura 7 – La matrice interesse/influenza .....	34
Figura 8 – La piramide del valore pubblico.....	36
Figura 9 – Strategia digitale e componenti tecnologiche .....	37
Figura 10 – Sistema di intelligenza artificiale .....	38
Figura 11 – Sistema di Cybersecurity per la gestione dei rischi informatici .....	42
Figura 12 – Missione salute 2021-2026.....	44
Figura 13 – Telemedicina .....	45
Figura 14 – L’assistenza attraverso la telemedicina .....	47
Figura 15 – Fascicolo sanitario elettronico.....	51
Figura 16 – La speranza di vita .....	59
Figura 17 – La speranza di vita per maschi e femmine all’ASL Napoli 3 Sud.....	60
Figura 18 – Primi cinque tumori tra i maschi (2018-2022).....	62
Figura 19 – Primi cinque tumori tra le femmine (2018-2022).....	63
Figura 20 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 0 - 49 aa (2018-2022).....	64
Figura 21 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 50-69 aa (2018-2022).....	65
Figura 22 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 70+ aa (2018-2022).....	66

Figura 23 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 0-49 aa (2018-2022) .....	67
Figura 24 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 50-69 aa (2018-2022).....	68
Figura 25 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 70+ aa (2018-2022).....	69
Figura 26 – Primi cinque tumori tra i maschi come causa di morte (2018-2022) .....	70
Figura 27 – Primi cinque tumori tra le femmine come causa di morte (2018-2022) .....	71
Figura 28 – L’albero delle performance dell’ASL Napoli 3 Sud .....	90
Figura 29 – Il ciclo della performance .....	91
Figura 30 – Il legame tra le unità di analisi .....	92
Figura 31 – L’integrazione socio/sanitaria ed ospedale/territorio .....	97
Figura 32 – La fase di pianificazione/ programmazione .....	98
Figura 33 – Il timing del processo .....	100
Figura 34 – Macro-processo CU – Sistema dei controlli ufficiali .....	116
Figura 35 – Obiettivi economici.....	137
Figura 36 – Indicatore composito dei compositi.....	153
Figura 37 – Domini dell’indicatore composito dei compositi.....	153
Figura 38 – Indicatore composito criminalità.....	154
Figura 39 – Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica .....	154
Figura 40 – Reati di corruzione, concussione e peculato .....	155
Figura 41 – Reati contro l'ordine pubblico e ambientali.....	155
Figura 42 – Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione .....	155
Figura 43 – Indicatore di Istruzione .....	156
Figura 44 – Monitoraggio degli indicatori del dominio Istruzione.....	156
Figura 45 – Indicatore di economia .....	157

Figura 46 – Reddito Pro capite .....	157
Figura 47 – Occupazione.....	158
Figura 48 – Indice di Attrattività.....	158
Figura 49 - Fattori abilitanti della corruzione.....	163
Figura 50 – Organigramma area centrale.....	231
Figura 51 – Organigramma area dipartimentale .....	232
Figura 52 – Organigramma area ospedaliera.....	233
Figura 53 – Organigramma area funzionale.....	234
Figura 54 – Organigramma area distrettuale .....	235
Figura 55 – Distribuzione per area e ruolo nell’ASL Napoli 3 Sud .....	236
Figura 56 – Distribuzione delle fasce per il ruolo sanitario.....	237
Figura 57 – Distribuzione delle fasce per il ruolo tecnico .....	239
Figura 58 – Distribuzione delle fasce per il ruolo amministrativo.....	240
Figura 59– Il lavoro agile per l’ASL Napoli 3 Sud.....	242
Figura 60 – Tetto di spesa personale 2022-2024.....	263
Figura 61 – Il fabbisogno del personale 2023-2025.....	264
Figura 62 – Piano del fabbisogno di personale 2023-2025.....	265
Figura 63 – La metodologia SMART utilizzata per il monitoraggio del PIAO.....	270

## Premessa

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

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

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

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

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

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
**Triennio 2025 - 2027**  
*(art. 6 del DL 80/2021)*

della Funzione Pubblica. Il Capitolo 3 è redatto grazie alla collaborazione UOSD Misurazione e valutazione della performance;

- ❖ Capitolo 4 – I rischi corruttivi e la trasparenza. Questa sezione è dedicata all’impegno aziendale rivolto al raggiungimento della piena trasparenza nelle attività di organizzazione, in linea con gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall’organo di indirizzo, ai sensi della Legge n 190/2021. Il Capitolo 4 è redatto grazie alla collaborazione della Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza e dell’UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 5 – L’organizzazione aziendale. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione del modello organizzativo adottato dall’ASL Napoli 3 Sud. Il Capitolo 5 è redatto grazie alla collaborazione dell’UOC Controllo di Gestione e dell’UOC Gestione Risorse Umane;
- ❖ Capitolo 6 – Il lavoro agile. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione della strategia e degli obiettivi aziendali legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro. Il Capitolo 6 è redatto grazie alla collaborazione dell’UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 7 – Il Piano triennale del fabbisogno di personale. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione degli strumenti e degli obiettivi volti al reclutamento di nuove risorse ed alla valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale. Il Capitolo 7 è redatto grazie alla collaborazione dell’UOC Gestione Risorse Umane, dell’UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane, UOSD Misurazione e valutazione della performance e dell’UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 8 – Il monitoraggio delle linee programmatiche. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione degli strumenti e delle modalità di monitoraggio di tutti i piani programmatici definiti. Il Capitolo 8 è redatto grazie alla collaborazione dell’UOC Controllo di Gestione, UOSD Misurazione e valutazione della performance, dell’UOC Gestione Risorse Umane, del SEP e dell’UOSD Registro Tumori.



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

## SEZIONE 1

## 1 L'ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione

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

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

### 1.2 *I dati socio demografici ed epidemiologici*

L'ASL Napoli 3 Sud si estende su un territorio di 635 Km<sup>2</sup>, suddiviso in 57 Comuni. La popolazione aggiornata ai dati ISTAT del 1° gennaio 2024 è pari a 1.027.527, distribuita in n. 57 Comuni, e la densità di popolazione è pari a 1.618,90 ab/km<sup>2</sup>, con picchi elevatissimi in coincidenza dei Comuni della cinta suburbana di Napoli. L'ambito territoriale dell'ASL Napoli 3 Sud è costituito dall'area a sud di Napoli e confina con le province di Salerno, Caserta ed Avellino. L'eterogeneità che caratterizza il territorio dal punto di vista geografico ed organizzativo fa sì che si configuri come un fattore ambientale diversificato nell'ambito dei determinanti dello stato di salute.

### 1.3 *I materiali e metodi*

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

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

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

- ❖ l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra popolazione con età uguale o superiore a 65 anni e popolazione con età inferiore a 15 anni, moltiplicato per 100;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ l'indice di dipendenza anziani, ovvero il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- ❖ l'indice di dipendenza strutturale, ovvero il rapporto tra la somma della popolazione con età inferiore a 15 anni più la popolazione di età 65 anni e più (non attiva) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- ❖ la fascia tra 0 e 4 anni, che rispecchia la domanda per la primissima infanzia;
- ❖ la fascia tra 0 e 14 anni, che rispecchia la domanda per bambini e ragazzi;
- ❖ la fascia tra 15 e 64 anni, che rispecchia la popolazione potenzialmente attiva;
- ❖ la fascia di età tra i 65 e i 75 anni, che rappresenta il bacino principale di soggetti con vecchiaia attiva ed in buona salute;
- ❖ la fascia di età superiore ai 75 anni, che rappresenta la popolazione anziana, che necessita di servizi di assistenza.

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## 1.4 La piramide dell'età

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

Età (fascia)	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-4	22.305	4,45%	20.797	3,95%	43.102	4,19%
5-9	24.905	4,97%	23.395	4,44%	48.300	4,70%
10-14	27.938	5,58%	26.126	4,96%	54.064	5,26%
15-19	31.060	6,20%	29.323	5,57%	60.383	5,88%
20-24	31.894	6,37%	30.180	5,73%	62.074	6,04%
25-29	30.186	6,03%	29.142	5,53%	59.328	5,77%
30-34	30.700	6,13%	30.988	5,88%	61.688	6,00%
35-39	31.150	6,22%	31.183	5,92%	62.333	6,07%
40-44	33.022	6,59%	33.924	6,44%	66.946	6,52%
45-49	36.775	7,34%	38.235	7,26%	75.010	7,30%
50-54	37.797	7,55%	40.129	7,62%	77.926	7,58%
55-59	37.337	7,45%	40.649	7,72%	77.986	7,59%
60-64	33.056	6,60%	36.294	6,89%	69.350	6,75%
65-69	28.183	5,63%	31.672	6,01%	59.855	5,83%
70-74	23.648	4,72%	27.265	5,18%	50.913	4,95%
75-79	19.832	3,96%	24.154	4,59%	43.986	4,28%
80-84	12.403	2,48%	17.215	3,27%	29.618	2,88%
85-89	6.242	1,25%	10.279	1,95%	16.521	1,61%
90-94	2.065	0,41%	4.531	0,86%	6.596	0,64%
95-99	324	0,06%	1.019	0,19%	1.343	0,13%
100+	57	0,01%	148	0,03%	205	0,02%
<b>Totale</b>	<b>500.879</b>	<b>100,00%</b>	<b>526.648</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.027.527</b>	<b>100,00%</b>

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

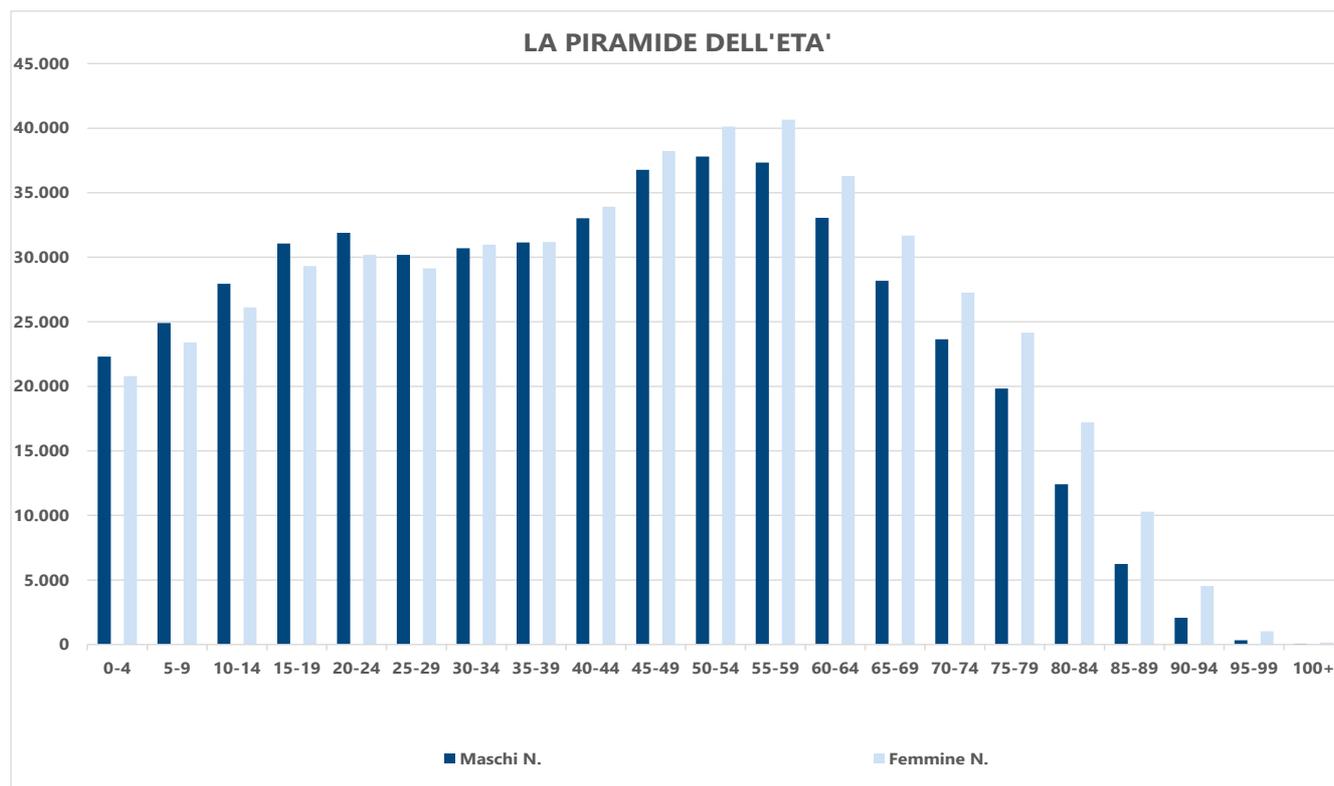


Figura 1 – La piramide dell'età dell'ASL Napoli 3 Sud

## 1.5 La distribuzione per fasce e sesso

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

Età (fascia)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N.	%
0-14	75.148	15,00%	70.318	13,35%	145.466	14,16%
15-64	332.977	66,48%	340.047	64,57%	673.024	65,50%
>65	92.754	18,52%	116.283	22,08%	209.037	20,34%
<b>Totale</b>	<b>500.879</b>	<b>100,00%</b>	<b>526.648</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.027.527</b>	<b>100,00%</b>

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

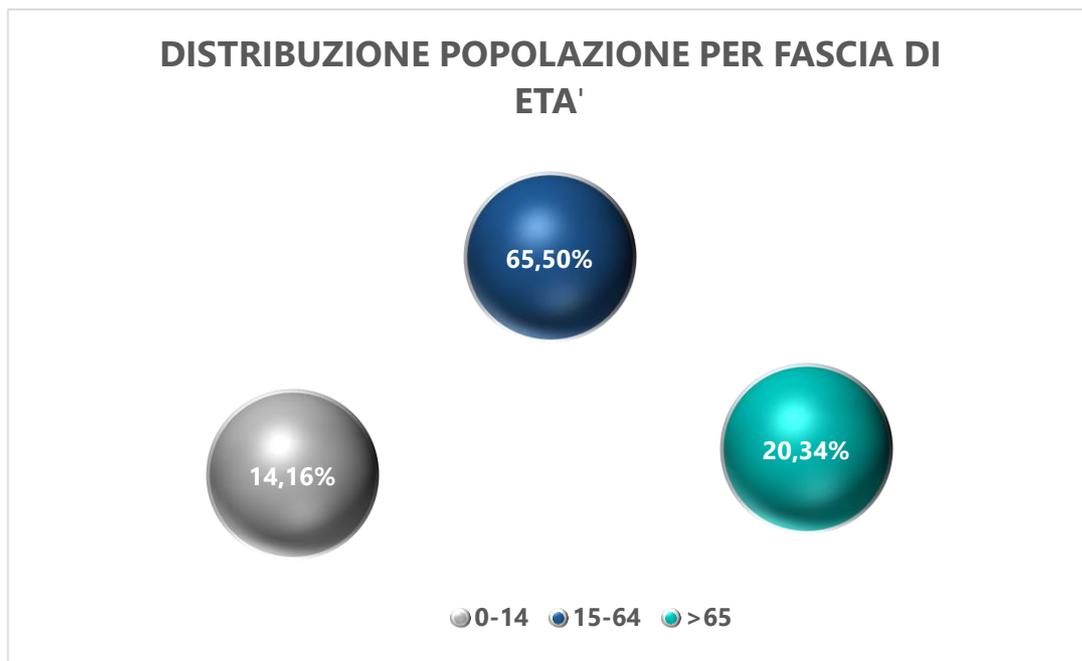


Figura 2 – La popolazione per fasce d'età dell'ASL Napoli 3 Sud

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

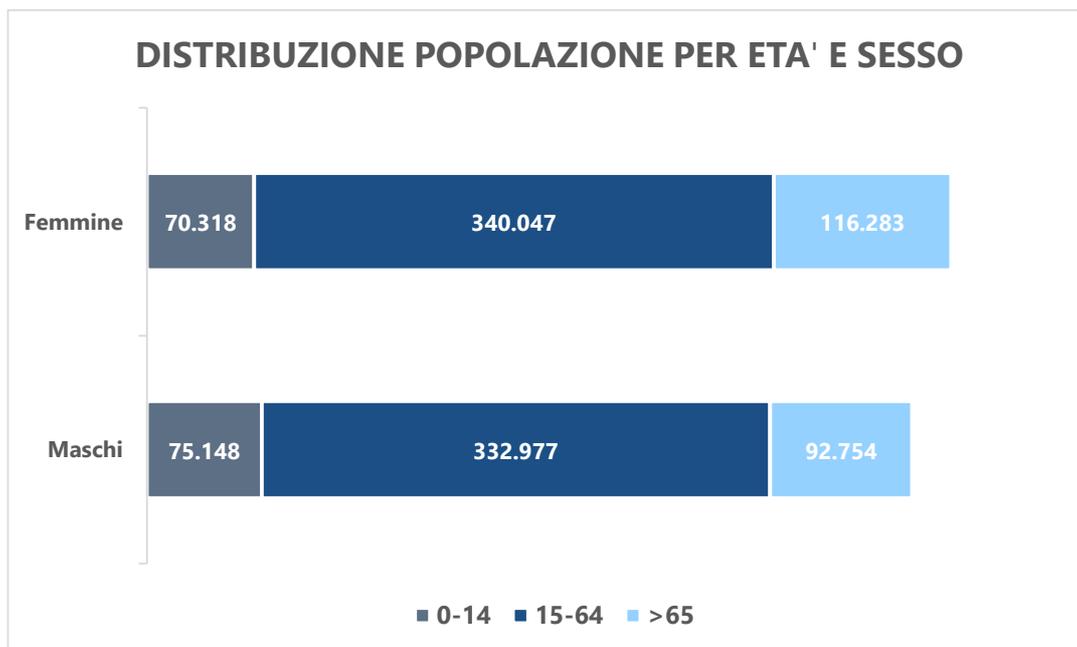


Figura 3 – La popolazione per fasce d'età e sesso

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

❖ DS n. 34;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Portici	198,16%	38,64%	58,14%	6.397	32.808	12.676	51.881
<b>Totale</b>	<b>198,16%</b>	<b>38,64%</b>	<b>58,14%</b>	<b>6.397</b>	<b>32.808</b>	<b>12.676</b>	<b>51.881</b>

❖ DS n. 48;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Brusciano	110,53%	25,57%	48,71%	2.468	10.667	2.728	15.863
Castello di Cisterna	101,25%	24,87%	49,43%	1.281	5.215	1.297	7.793
Mariglianella	99,76%	23,53%	47,12%	1.273	5.397	1.270	7.940
Marigliano	138,21%	29,78%	51,33%	4.164	19.324	5.755	29.243
San Vitaliano	106,17%	25,21%	48,96%	1.054	4.438	1.119	6.611
Somma Vesuviana	135,87%	27,52%	47,77%	4.608	22.753	6.261	33.622
<b>Totale</b>	<b>124,12%</b>	<b>27,19%</b>	<b>49,09%</b>	<b>14.848</b>	<b>67.794</b>	<b>18.430</b>	<b>101.072</b>

❖ DS n. 49;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Camposano	176,49%	31,93%	50,01%	604	3.339	1.066	5.009
Carbonara di Nola	96,78%	21,11%	42,92%	373	1.710	361	2.444
Casamarciano	219,75%	34,28%	49,88%	314	2.013	690	3.017
Cicciano	157,96%	29,39%	47,99%	1.551	8.337	2.450	12.338
Cimitile	138,58%	28,94%	49,83%	959	4.592	1.329	6.880
Comiziano	191,63%	38,22%	58,16%	215	1.078	412	1.705
Liveri	208,24%	37,42%	55,39%	170	946	354	1.470
Nola	147,42%	30,56%	51,29%	4.629	22.331	6.824	33.784
Roccarainola	174,64%	33,70%	52,99%	828	4.291	1.446	6.565
San Paolo Bel Sito	165,27%	31,77%	50,99%	429	2.232	709	3.370
Saviano	119,77%	26,90%	49,36%	2.398	10.676	2.872	15.946
Scisciano	113,58%	24,26%	45,61%	913	4.275	1.037	6.225
Tufino	122,52%	25,84%	46,93%	484	2.295	593	3.372
Visciano	185,86%	33,81%	52,00%	495	2.721	920	4.136
<b>Totale</b>	<b>146,66%</b>	<b>29,73%</b>	<b>50,01%</b>	<b>14.362</b>	<b>70.836</b>	<b>21.063</b>	<b>106.261</b>

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

❖ DS n. 50;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Cercola	142,98%	31,35%	53,28%	2.415	11.014	3.453	16.882
Massa di Somma	157,76%	30,64%	50,06%	644	3.316	1.016	4.976
Pollena Trocchia	133,95%	29,03%	50,71%	1.832	8.452	2.454	12.738
Volla	89,58%	23,83%	50,44%	4.539	17.059	4.066	25.664
<b>Totale</b>	<b>116,53%</b>	<b>27,58%</b>	<b>51,25%</b>	<b>9.430</b>	<b>39.841</b>	<b>10.989</b>	<b>60.260</b>

❖ DS n. 51;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Pomigliano d'Arco	150,69%	33,14%	55,12%	5.640	25.649	8.499	39.788
Sant'Anastasia	143,14%	30,83%	52,37%	3.702	17.186	5.299	26.187
<b>Totale</b>	<b>147,70%</b>	<b>32,21%</b>	<b>54,02%</b>	<b>9.342</b>	<b>42.835</b>	<b>13.798</b>	<b>65.975</b>

❖ DS n. 52;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Ottaviano	133,99%	27,48%	47,98%	3.227	15.737	4.324	23.288
Palma Campania	110,56%	24,49%	46,64%	2.452	11.069	2.711	16.232
Poggioreale	88,35%	21,53%	45,89%	3.742	15.357	3.306	22.405
San Gennaro Vesuviano	93,51%	21,26%	43,99%	1.910	8.401	1.786	12.097
San Giuseppe Vesuviano	103,91%	22,90%	44,94%	4.627	20.995	4.808	30.430
Striano	98,23%	23,76%	47,94%	1.473	6.091	1.447	9.011
Terzigno	110,22%	23,53%	44,88%	2.545	11.921	2.805	17.271
<b>Totale</b>	<b>106,06%</b>	<b>23,65%</b>	<b>45,96%</b>	<b>19.976</b>	<b>89.571</b>	<b>21.187</b>	<b>130.734</b>

❖ DS n. 53;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Castellammare di Stabia	161,56%	33,93%	54,93%	8.454	40.255	13.658	62.367
<b>Totale</b>	<b>161,56%</b>	<b>33,93%</b>	<b>54,93%</b>	<b>8.454</b>	<b>40.255</b>	<b>13.658</b>	<b>62.367</b>

❖ DS n. 54;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
San Giorgio a Cremano	213,33%	40,91%	60,09%	5.049	26.327	10.771	42.147
San Sebastiano al Vesuvio	170,38%	35,08%	55,68%	1.141	5.541	1.944	8.626
<b>Totale</b>	<b>205,41%</b>	<b>39,90%</b>	<b>59,32%</b>	<b>6.190</b>	<b>31.868</b>	<b>12.715</b>	<b>50.773</b>

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2025 - 2027 (art. 6 del DL 80/2021)

❖ DS n. 55;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Ercolano	153,52%	34,42%	56,83%	7.108	31.706	10.912	49.726
<b>Totale</b>	<b>153,52%</b>	<b>34,42%</b>	<b>56,83%</b>	<b>7.108</b>	<b>31.706</b>	<b>10.912</b>	<b>49.726</b>

❖ DS n. 56;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Boscoreale	128,66%	29,20%	51,90%	3.869	17.046	4.978	25.893
Boscotrecase	146,49%	31,85%	53,58%	1.398	6.431	2.048	9.877
Torre Annunziata	146,46%	35,23%	59,28%	6.048	25.145	8.858	40.051
Trecase	165,95%	35,39%	56,72%	1.157	5.425	1.920	8.502
<b>Totale</b>	<b>142,75%</b>	<b>32,94%</b>	<b>56,02%</b>	<b>12.472</b>	<b>54.047</b>	<b>17.804</b>	<b>84.323</b>

❖ DS n. 57;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Torre del Greco	161,09%	34,94%	56,64%	11.092	51.133	17.868	80.093
<b>Totale</b>	<b>161,09%</b>	<b>34,94%</b>	<b>56,64%</b>	<b>11.092</b>	<b>51.133</b>	<b>17.868</b>	<b>80.093</b>

❖ DS n. 58;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Agerola	128,11%	30,96%	55,12%	1.206	4.991	1.545	7.742
Casola di Napoli	102,69%	25,14%	49,63%	595	2.430	611	3.636
Gragnano	142,22%	30,61%	52,14%	3.934	18.277	5.595	27.806
Lettere	103,37%	24,82%	48,82%	978	4.074	1.011	6.063
Pimonte	96,59%	23,58%	47,99%	967	3.961	934	5.862
Pompei	157,45%	33,11%	54,14%	3.248	15.445	5.114	23.807
Sant'Antonio Abate	120,08%	25,61%	46,94%	2.754	12.911	3.307	18.972
Santa Maria la Carità	98,21%	24,48%	49,41%	1.960	7.862	1.925	11.747
<b>Totale</b>	<b>128,13%</b>	<b>28,65%</b>	<b>51,01%</b>	<b>15.642</b>	<b>69.951</b>	<b>20.042</b>	<b>105.635</b>

❖ DS n. 59.

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Massa Lubrense	155,64%	33,04%	54,26%	1.952	9.196	3.038	14.186
Meta	169,30%	33,21%	52,82%	1.000	5.098	1.693	7.791
Piano di Sorrento	190,83%	38,30%	58,37%	1.559	7.768	2.975	12.302
Sant'Agnello	176,37%	35,50%	55,62%	1.113	5.530	1.963	8.606
Sorrento	218,36%	40,00%	58,32%	1.770	9.662	3.865	15.297
Vico Equense	156,67%	33,09%	54,21%	2.772	13.125	4.343	20.240
<b>Totale</b>	<b>175,85%</b>	<b>35,49%</b>	<b>55,66%</b>	<b>10.166</b>	<b>50.379</b>	<b>17.877</b>	<b>78.422</b>

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

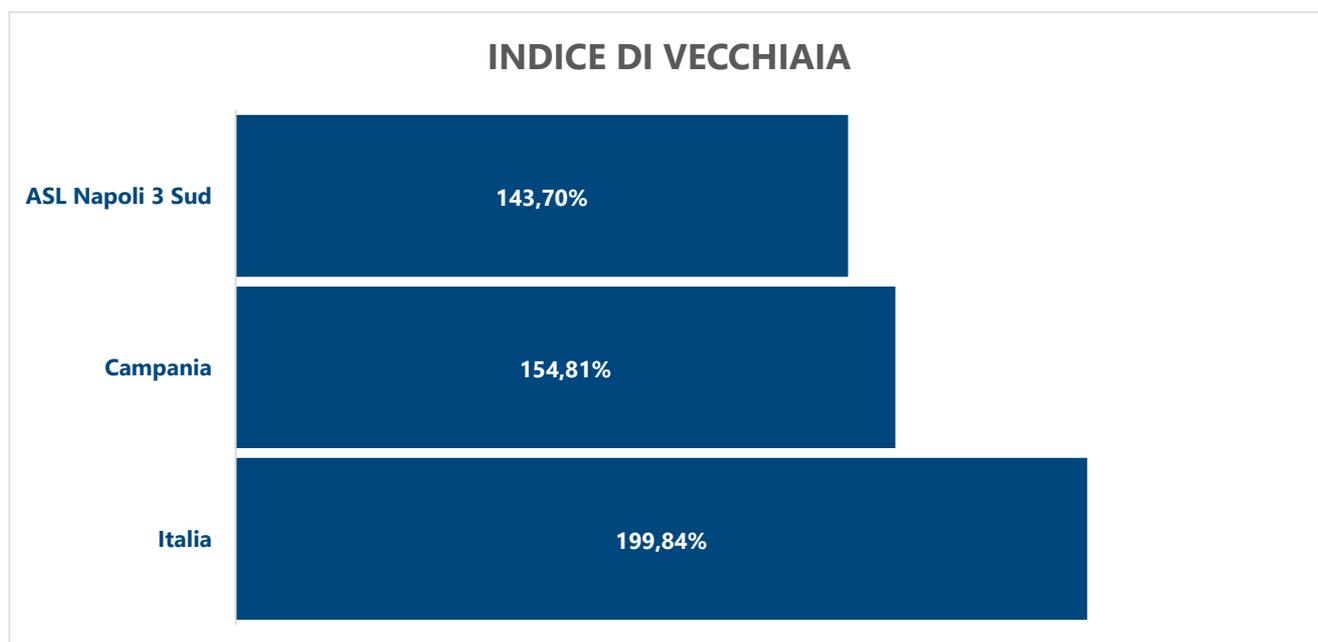


Figura 4 – Indice di vecchiaia

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

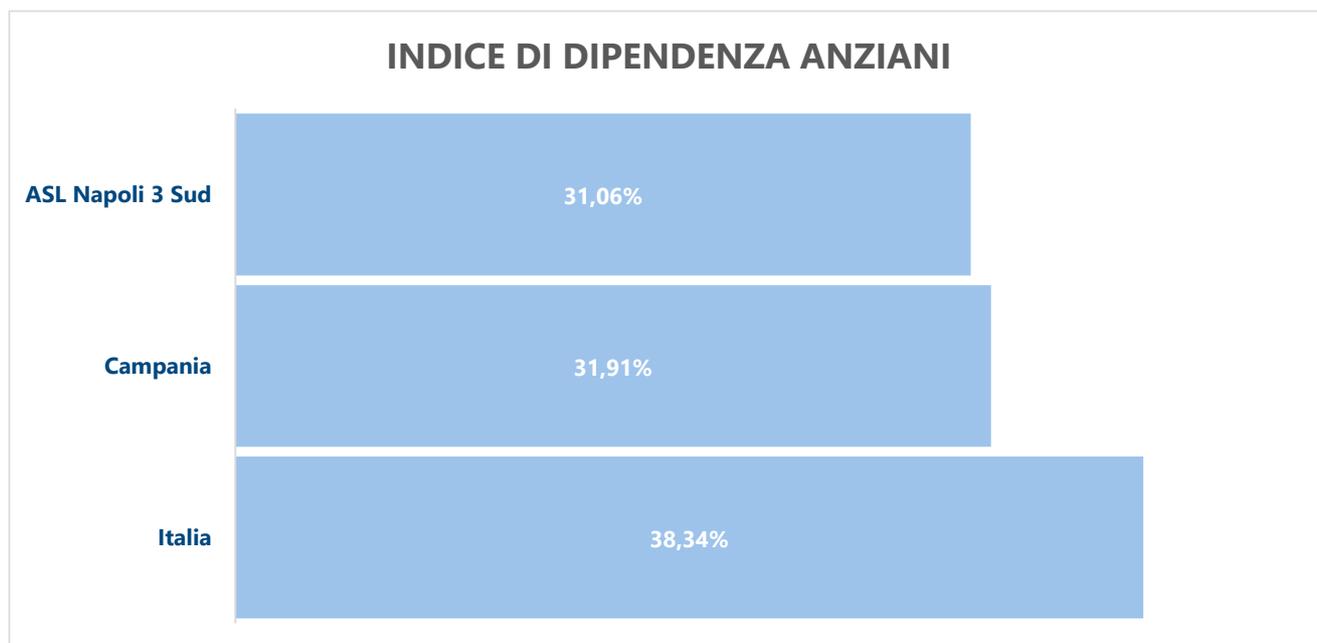


Figura 5 – Indice di dipendenza anziani

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

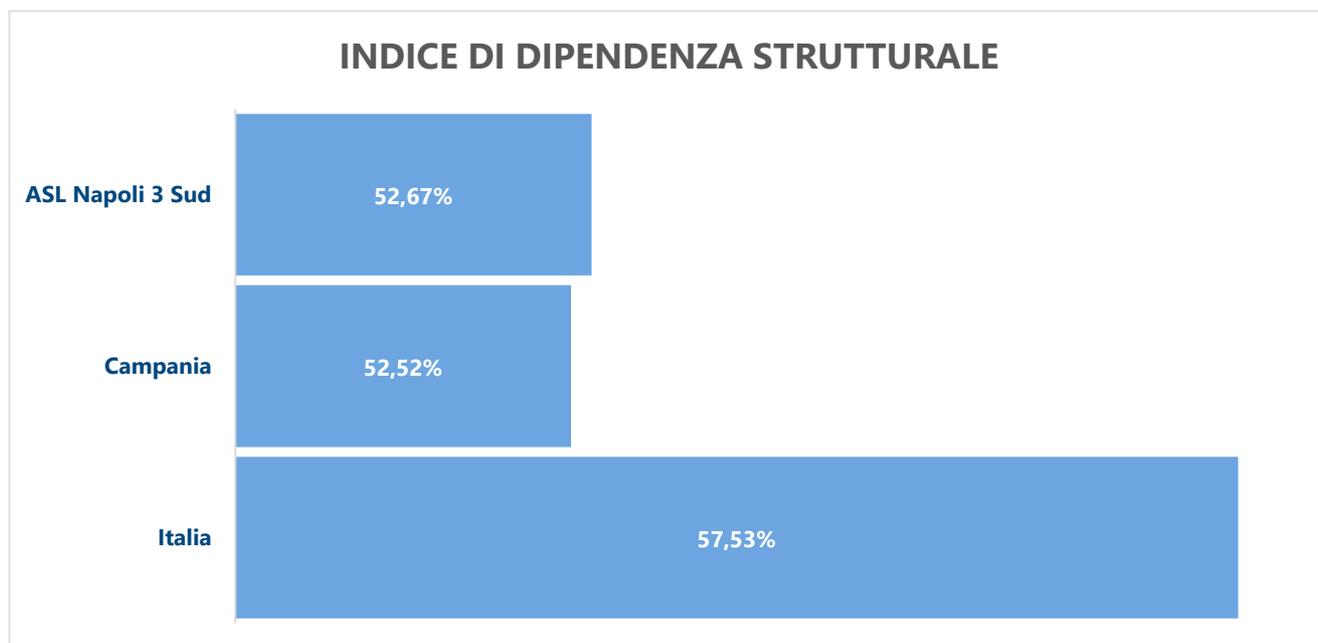


Figura 6 – Indice di dipendenza strutturale

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

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

Livello di analisi	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Italia	199,84%	38,34%	57,53%	7.184.837	37.446.984	14.357.928	58.989.749
Campania	154,81%	31,91%	52,52%	755.446	3.665.154	1.169.476	5.590.076
ASL Napoli 3 Sud	143,70%	31,06%	52,67%	145.466	673.024	209.037	1.027.527

# ASL Napoli 3 Sud

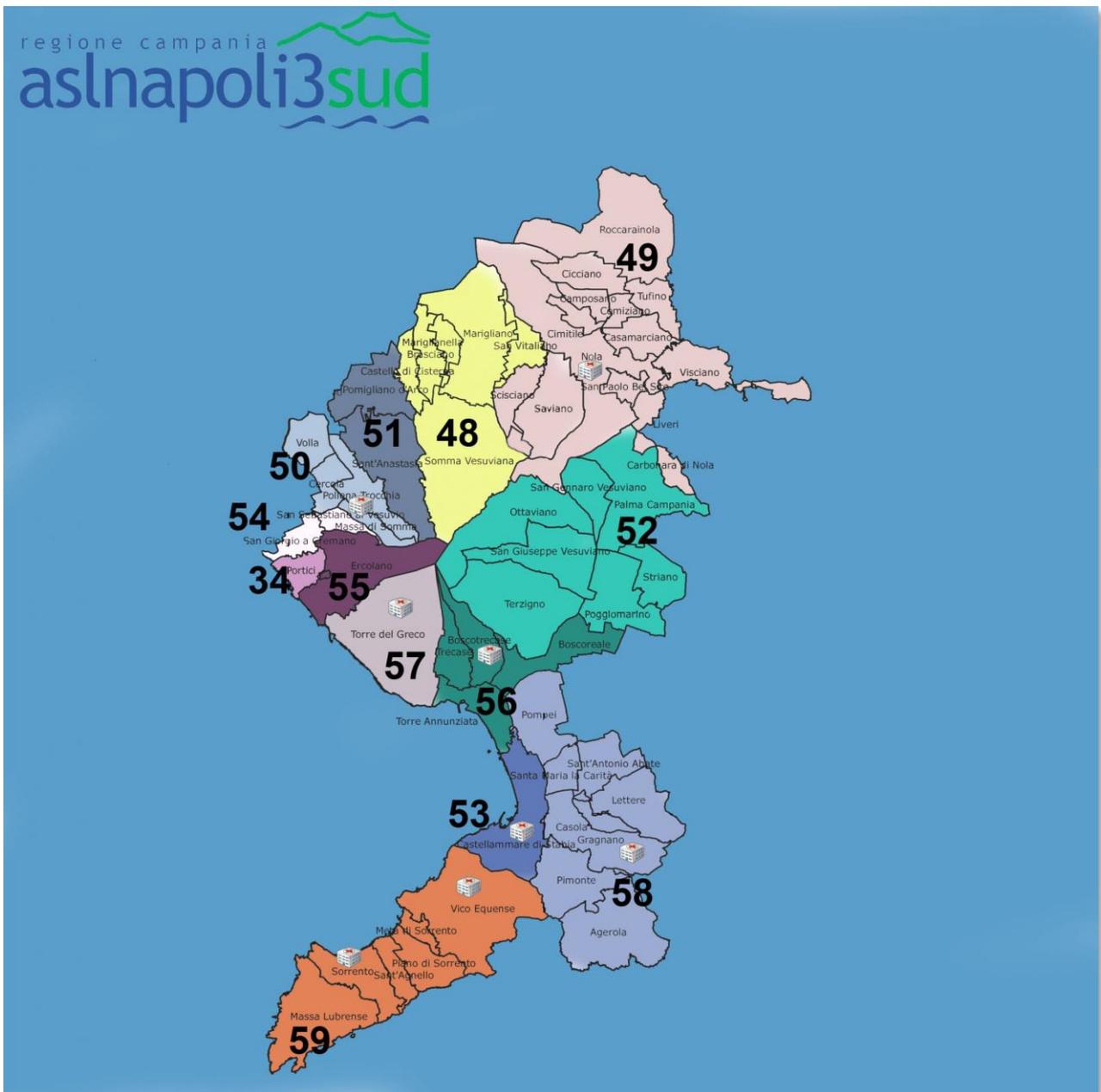


Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## 1.7 I distretti sanitari e le competenze territoriali

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



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

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

I Presidi Ospedalieri aziendali sono:

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

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

- ❖ Dipartimento Area Medica;

# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)



- ❖ Dipartimento Area Critica;
- ❖ Dipartimento attività strategiche di Direzione Sanitaria;
- ❖ Dipartimento Scienze chirurgiche;
- ❖ Dipartimento dei Servizi;
- ❖ Dipartimento Assistenza Territoriale;
- ❖ Dipartimento Assistenza Ospedaliera;
- ❖ Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ Dipartimento Salute Mentale;
- ❖ Dipartimento delle Dipendenze;
- ❖ Dipartimento Farmaceutico.

## 1.8 Il logo

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



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

Il dominio è il seguente: [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it)

## 1.9 Il patrimonio

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **1.10 La vision**

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

La vision aziendale si ispira ai seguenti elementi essenziali:

- ❖ qualificare l'offerta dei servizi erogati e gli interventi di prevenzione e clinico - assistenziali, sviluppando capacità analitiche dirette alla determinazione dei bisogni di salute della popolazione, alla identificazione delle priorità, alla valutazione dell'appropriatezza e degli esiti dell'azione svolta in termini di output ed outcome;
- ❖ sviluppare modelli organizzativi per una maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi e delle prestazioni offerte;
- ❖ ottimizzare le risorse per una maggiore efficienza dei processi produttivi e di erogazione;
- ❖ sviluppare il sistema della continuità clinico - assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- ❖ potenziare i servizi territoriali migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero al fine di perseguire una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- ❖ implementare le attività culturali e formative utilizzando la formazione come elemento strategico;
- ❖ perseguire l'obiettivo della valorizzazione di tutte le professionalità esistenti secondo un'ottica meritocratica e partecipativa.

## **1.11 La mission**

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ **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 di integrazione e di sinergia.

## **1.12 Clinical Governance e Sicurezza delle cure**

Il governo clinico rappresenta il tentativo di perseguire un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo.

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

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

## **1.13 Partecipazione, trasparenza e tutela dei diritti dei cittadini**

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

### **Trasparenza**

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

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

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

### **Accesso agli atti amministrativi, accesso civico semplice e generalizzato**

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

quelli che non sono coperti da alcun obbligo di pubblicazione (accesso civico generalizzato). L'Azienda, al fine di garantire gli strumenti di accesso, pubblica sul sito istituzionale un apposito link.

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

## **Prevenzione della corruzione**

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

## **Accesso e accoglienza**

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

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

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

## Diritti dei Cittadini, degli Utenti e degli Stakeholder

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

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

## Principio della partecipazione

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

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

- ❖ comitato partecipativo e consultivo;
- ❖ consulta sociosanitaria;
- ❖ carta dei servizi sociosanitari;
- ❖ sistema di pubblica tutela;
- ❖ qualità percepita;
- ❖ audit civico;
- ❖ umanizzazione;
- ❖ rispetto della privacy;



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ trasparenza e integrità;
- ❖ piano per l'umanizzazione ex art. 14 del d. lgs.502/92;
- ❖ conferenza dei servizi;
- ❖ consenso informato.



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## SEZIONE 2

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## 2 Il Valore Pubblico

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

Il Valore Pubblico si configura quale insieme equilibrato degli impatti prodotti dalle politiche dell'amministrazione sui livelli di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario dei cittadini. Il diritto alla tutela della salute è l'unico a cui la Costituzione riserva la connotazione di diritto "fondamentale" dell'individuo e, considerato nelle sue caratteristiche di inalienabilità, intrasmissibilità, indisponibilità e irrinunciabilità, si presenta come un concetto fondante e primigenio nel quadro dei diritti previsti nell'ordinamento, garantito, pena la violazione della dignità della persona, anche a coloro che versino in disagiate condizioni economiche. Il bene della tutela della salute, quale "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32 Costituzione), è ontologicamente dualista, rilevando, da un lato, nella sua accezione individuale e soggettiva e, dall'altro, nella sua dimensione sociale e oggettiva.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, attraverso le Linee Guida 2017-2018-2019, e la Relazione CNEL 2019 definiscono esattamente l'espressione "Valore Pubblico", benché la stessa sia stata ampiamente studiata nel dibattito scientifico internazionale. Il Valore Pubblico definisce "la concreta capacità di una PA di potenziare il livello del benessere in ambito sociale, ambientale ed economico percepito dai cittadini rispetto alle condizioni di partenza delle politiche e dei servizi".

L'ASL Napoli 3 Sud considera la soggettività della percezione di Valore Pubblico che può sviluppare ogni cittadino e che può cambiare a seconda di chi lo osserva (oltre che nel tempo e nello spazio in cui viene osservata). In tale scenario, l'ASL Napoli 3 Sud ha il dovere di interrogarsi su quale sia l'idea di Valore Pubblico percepita dalla sua popolazione. L'obiettivo principale è quello di trovare un compromesso complessivamente migliorativo, che favorisca la creazione del Valore Pubblico presente e futuro, in grado di percorrere le diverse prospettive del benessere, con risorse economiche e produttive compatibili con l'aumento del livello di soddisfazione sociale.

Uno dei ruoli cardine giocati dall'ASL Napoli 3 Sud è quello di identificare i criteri di misurazione del Valore Pubblico più utili alla rilevazione effettiva del livello di soddisfazione sociale, osservato secondo una prospettiva congiunta di territorio (Ente territoriale Locale – comunità), dei suoi utenti ma anche dei suoi stakeholder, ovvero dei soggetti "attivi" che si relazionano con l'Azienda e partecipano insieme ad essa al processo di creazione di valore trasformandosi da semplici spettatori in attori di quel processo. Tale approccio trova fondamento nella "Stakeholder theory" di Robert Edward Freeman, contenuta nella pubblicazione del 1984 "Strategic Management: A Stakeholder Approach", che racchiude tutte le teorie del management strategico che hanno contenuto morale.

In tale scenario, l'ASL Napoli 3 Sud ha ritenuto inevitabile dover considerare i valori e la morale di coloro che possono favorire o ostacolare il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione, quali soggetti componenti il

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

fulcro della gestione organizzativa. Tali attori coincidono con tutti i soggetti che entrano in relazione con l'ASL Napoli 3 Sud investendo in termini di risorse, competenze e conoscenze professionali ed infrastrutture. Rintracciare tutti i possibili stakeholder significa per l'ASL Napoli 3 Sud valutare i bisogni assistenziali che deve soddisfare, considerando con cura i possibili impatti (sociali, economici, urbanistici, ambientali, ecc.) di un intervento ed individuando quali sono i soggetti che possono rappresentarli nel corso del processo. Nel contesto pubblico l'attività istituzionale si concentra, principalmente, sullo sviluppo dell'insieme di relazioni intessute con i propri stakeholder indispensabile per ricercare, in modo efficace, il consenso necessario e la legittimazione sociale intorno alle proprie attività.

L'ASL Napoli 3 Sud al fine di individuare gli stakeholder utilizza la metodologia della matrice interesse/influenza attraverso la quale, inserendo nei quadranti che la compongono influenza (per colonna) ed interesse (per riga), si esplicitano tre tipologie di stakeholder, ovvero:

- ❖ Stakeholder essenziali, ovvero appartenenti alla categoria di stakeholder con un elevato grado di interesse ed una forte capacità di influenza rispetto alle attività aziendali, che manifestano quindi una notevole possibilità di intervenire sulle decisioni che l'Amministrazione intende adottare. Tra queste rientrano l'Agenzia italiana del farmaco, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), le Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA), la Croce Rossa italiana, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli Istituti zooprofilattici sperimentali / Centri di referenza, i Nuclei anti-sofisticazioni e sanità (NAS), l'Organizzazione mondiale della sanità, etc;
- ❖ Stakeholder appetibili, ovvero appartenenti alla categoria di stakeholder che mostrano un'elevata capacità di influenza ma un basso grado di interesse. Questi possono essere rappresentati da gruppi di pressione o da opinion leader in grado di influenzare l'opinione pubblica rispetto a determinate tematiche quali Corte dei conti, Enti previdenziali (INPS), etc;
- ❖ Stakeholder deboli, ovvero appartenenti alla categoria di stakeholder che mostrano una bassa capacità di influenza, dovuta alla mancanza di strumenti che permettono di poter esprimere i propri interessi nonostante esso sia elevato. Questi soggetti collimano spesso con le fasce destinatarie delle attività dell'Amministrazione e pertanto è opportuno tenere considerazione di essi. Tra questi si annoverano: le Associazioni di volontariato /Onlus, i cittadini, i Comitati etici, gli Ordini, le Associazioni delle professioni sanitarie, i fornitori di beni e servizi, la Lega italiana per la lotta ai tumori, gli operatori del settore alimentare e dei mangimi, gli operatori del settore animali d'affezione, le strutture sanitarie private, i ricercatori, etc.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
**Triennio 2025 - 2027**  
 (art. 6 del DL 80/2021)

		<b>Influenza</b>	
		<i>Bassa</i>	<i>Alta</i>
<b>Interesse</b>	<i>Basso</i>		<b>Stakeholder appetibili</b>
			categorie che è opportuno coinvolgere
	<i>Alto</i>	<b>Stakeholder deboli</b>	<b>Stakeholder essenziali</b>
		categorie che è doveroso coinvolgere	categorie che è necessario coinvolgere

Figura 7 – La matrice interesse/influenza

È opportuno ricordare che la Carta dei servizi dell'ASL Napoli 3 Sud, adottata con Deliberazione Aziendale n. 194 del 24/03/2016, costituisce uno strumento importante di comunicazione per una efficace relazione tra tutti gli stakeholder: cittadini, pazienti, familiari, volontari, dirigenti e operatori presenti in tutte le strutture sanitarie.

La Carta dei Servizi è uno degli strumenti cardine della performance organizzativa dell'ASL Napoli 3 Sud; le Carte dei Servizi delle strutture di erogazione dei servizi sanitari, Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Servizi per le dipendenze etc., sono alla base della performance organizzativa della singola struttura, premessa necessaria anche all'accesso al premio di risultato. Inoltre, è lo strumento finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione nei servizi aziendali della metodologia da adottare ai fini della definizione degli standard di qualità dei servizi, che dovranno essere assunti dalle singole strutture di erogazione dell'ASL.

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

La prima azione è volta a comprendere se il benessere può essere identificato con una singola dimensione di impatto, c.d. benessere specifico, oppure sia composto da più dimensioni di impatti interne ed esterne, c.d. impatti settoriali. Quando si verifica quest'ultima ipotesi, l'ASL Napoli 3 Sud ha il compito preciso di convergere le diverse

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

dimensioni di impatto, al fine di trovare un equilibrio tra i livelli di benessere affinché essi risultino compatibili tra loro. In tale circostanza, ovvero quando le dimensioni sono in conflitto tra loro, si va a creare una sorta di "dilemma degli impatti" e, pertanto, il valore pubblico va ricercato o misurato quale equilibrio ponderato o compromesso complessivamente migliorato tra i diversi impatti settoriali. Questo vuole dire che l'obiettivo diventa quello di trovare l'impatto prioritario e le soglie accettabili nelle altre dimensioni di impatto.

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

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

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

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

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

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

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

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



Figura 8 – La piramide del valore pubblico

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## 2.2 Semplificazione e reingegnerizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud

La reingegnerizzazione dei processi diviene, in tal modo, strumento Aziendale per il miglioramento dei servizi sia interni, che ai cittadini, grazie all'uso delle tecnologie ICT per la digitalizzazione. In linea con quanto previsto dal *Piano triennale per l'Informatica 2024-2026* della PA, l'ASL Napoli 3 Sud intende effettuare un adeguamento alle piattaforme abilitanti previste dallo stesso, attraverso un aggiornamento e una reingegnerizzazione di processi e applicazioni, nonché la necessità di ricorrere a strumenti e tecnologie di tipo cloud (approccio cloud-first) e un rinnovamento dei siti in conformità con le Linee guida di *Design dei servizi digitali per la PA*.

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

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

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

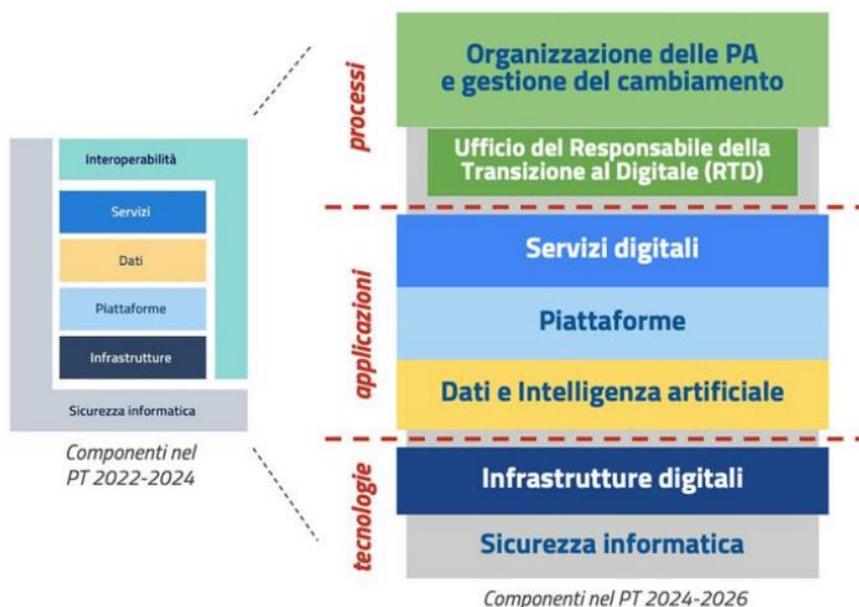


Figura 9 – Strategia digitale e componenti tecnologiche

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

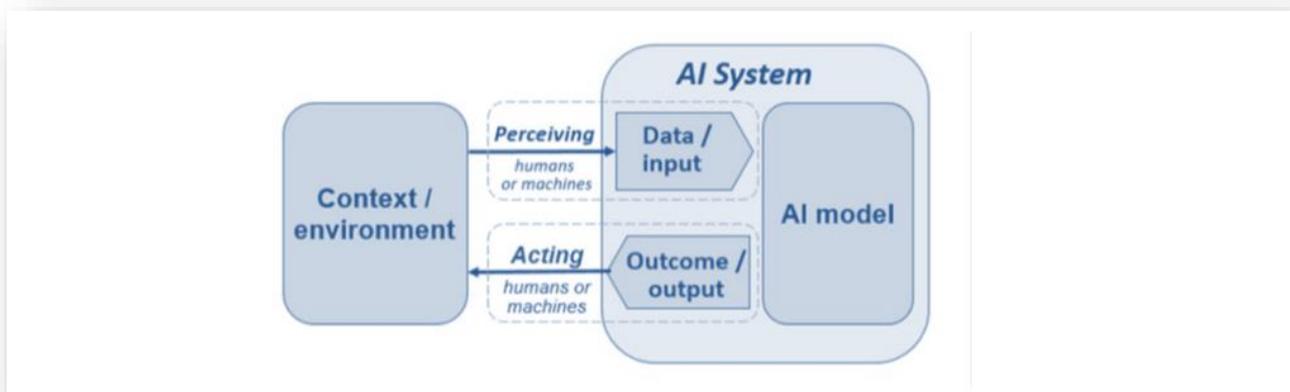


Figura 10 – Sistema di intelligenza artificiale

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

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

- ❖ **Miglioramento dei servizi e riduzione dei costi.** Le pubbliche amministrazioni concentrano l'investimento in tecnologie di intelligenza artificiale nell'automazione dei compiti ripetitivi connessi ai servizi istituzionali obbligatori e al funzionamento dell'apparato amministrativo. Il conseguente recupero di risorse è destinato al miglioramento della qualità dei servizi anche mediante meccanismi di proattività.
- ❖ **Analisi del rischio.** Le amministrazioni pubbliche analizzano i rischi associati all'impiego di sistemi di intelligenza artificiale per assicurare che tali sistemi non provochino violazioni dei diritti fondamentali della persona o altri danni rilevanti. Le pubbliche amministrazioni adottano la classificazione dei sistemi di IA secondo le categorie di rischio definite dall'AI Act.
- ❖ **Trasparenza, responsabilità e informazione.** Le pubbliche amministrazioni pongono particolare attenzione alla trasparenza e alla interpretabilità dei modelli di intelligenza artificiale al fine di garantire la responsabilità e rendere conto delle decisioni adottate con il 88 supporto di tecnologie di intelligenza artificiale. Le amministrazioni pubbliche forniscono informazioni adeguate agli utenti al fine di consentire loro di prendere decisioni informate riguardo all'utilizzo dei servizi che sfruttano l'intelligenza artificiale.
- ❖ **Inclusività e accessibilità.** Le pubbliche amministrazioni sono consapevoli delle responsabilità e delle implicazioni etiche associate all'uso delle tecnologie di intelligenza artificiale. Le pubbliche amministrazioni assicurano che le tecnologie utilizzate rispettino i principi di equità, trasparenza e non discriminazione.
- ❖ **Privacy e sicurezza.** Le pubbliche amministrazioni adottano elevati standard di sicurezza e protezione della privacy per garantire che i dati dei cittadini siano gestiti in modo sicuro e responsabile. In particolare, le amministrazioni garantiscono la conformità dei propri sistemi di IA con la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e di sicurezza cibernetica.
- ❖ **Formazione e sviluppo delle competenze.** Le pubbliche amministrazioni investono nella formazione e nello sviluppo delle competenze necessarie per gestire e applicare l'intelligenza artificiale in modo efficace nell'ambito dei servizi pubblici.
- ❖ **Standardizzazione.** Le pubbliche amministrazioni tengono in considerazione, durante le fasi di sviluppo o acquisizione di soluzioni basate sull'intelligenza artificiale, le attività di normazione tecnica in corso a livello internazionale e a livello europeo da CEN e CENELEC con particolare riferimento ai requisiti definiti dall'AI Act.
- ❖ **Sostenibilità.** Le pubbliche amministrazioni valutano attentamente gli impatti ambientali ed energetici legati all'adozione di tecnologie di intelligenza artificiale e adottando soluzioni sostenibili dal punto di vista ambientale.
- ❖ **Foundation Models (Sistemi IA "ad alto impatto").** Le pubbliche amministrazioni, prima di adottare foundation models "ad alto impatto", si assicurano che essi adottino adeguate misure di trasparenza che

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

chiariscono l'attribuzione delle responsabilità e dei ruoli, in particolare dei fornitori e degli utenti del sistema di IA.

- ❖ **Dati.** Le pubbliche amministrazioni, che acquistano servizi di intelligenza artificiale tramite API, valutano con attenzione le modalità e le condizioni con le quali il fornitore del servizio gestisce i dati forniti dall'amministrazione con particolare riferimento alla proprietà dei dati e alla conformità con la normativa vigente in materia di protezione dei dati e privacy.

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

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

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

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

### **Digitalizzazione dei processi amministrativi e Cybersecurity**

L'evoluzione delle moderne tecnologie e la conseguente possibilità di ottimizzare lo svolgimento dei procedimenti amministrativi con l'obiettivo di rendere efficace, efficiente e più economica l'azione amministrativa, ha reso sempre più necessaria la "migrazione" verso il digitale che, però, al contempo, sta portando alla luce nuovi rischi, esponendo imprese e servizi pubblici a possibili attacchi cyber. In quest'ottica, la sicurezza e la resilienza delle reti e dei sistemi, su cui tali tecnologie poggiano, sono il baluardo necessario a garantire, nell'immediato, la sicurezza del Paese e, in prospettiva, lo sviluppo e il benessere dello Stato e dei cittadini. La recente riforma dell'architettura nazionale cyber, attuata attraverso l'adozione del decreto-legge 14 giugno 2021, n. 82 che ha istituito l'Agenzia per la Cybersecurity Nazionale (ACN), ha come obiettivo, tra gli altri, quello di sviluppare e rafforzare le capacità cyber nazionali, garantendo l'unicità istituzionale di indirizzo e azione, anche mediante la redazione e l'implementazione della Strategia nazionale di cybersecurity, che considera cruciale, per il corretto "funzionamento" del sistema Paese, la sicurezza dell'ecosistema digitale alla base dei servizi erogati dalla Pubblica

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Amministrazione, con specifica attenzione ai beni ICT. Tali beni supportano le funzioni e i servizi essenziali dello Stato e, purtroppo, come dimostrano gli ultimi rapporti di settore, sono tra i bersagli preferiti degli attacchi cyber. Per garantire lo sviluppo e il rafforzamento delle capacità cyber nazionali, con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e con i Fondi per l'attuazione e la gestione della Strategia nazionale di cybersicurezza sono state destinate significative risorse alla sicurezza cibernetica e alle misure tese a realizzare un percorso di miglioramento della postura di sicurezza del sistema Paese nel suo insieme e, in particolare, della Pubblica Amministrazione.

L'ASL Napoli 3 Sud con delibera N. 1362 del 17/11/2023, ha approvato il progetto di " *Digitalizzazione dei processi amministrativi e implementazione di un sistema di Cybersecurity per la gestione dei rischi informatici*".

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud ha già avviato da tempo un processo di dematerializzazione dei propri archivi cartacei e trasformazione in digitale dei propri processi aziendali. Nel solco di questa strategia e in linea con quanto indicato nella DGR 354 del 19/6/2023, questa Amministrazione intende proseguire con la digitalizzazione delle Cartelle Cliniche cartacee degli anni pregressi e dell'anno corrente, e con la dematerializzazione e gestione digitale dei Consensi che raccoglie dai cittadini durante l'erogazione di prestazioni sanitarie. L'azione progettuale, così articolata, riscontra quanto richiesto dalla DGR 354 del 19/6/23, in quanto espressamente orientata all'erogazione di servizi finalizzati alla dematerializzazione di documentazione sanitaria e a supportare l'azienda nei processi di sorveglianza sanitaria. La sicurezza in sanità è un tema molto rilevante perché i dati esigono protezione rispetto ai rischi di accesso indebito, alterazione e manipolazione, a seguito di attacchi cibernetici ai sistemi informativi sanitari. Anche alla luce dei recenti attacchi hacker subito dalle Aziende Sanitarie non si può negare che le violazioni causate dagli attacchi citati stanno aumentando in misura esponenziale ed è altrettanto evidente come non ci si possa più permettere di sottovalutare la problematica. È quindi fondamentale proteggere i dati da accessi non autorizzati e tentativi malevoli di esfiltrazione perché una loro violazione potrebbe avere conseguenze molto gravi, tra cui ad esempio il furto di identità e discriminazione. La sanità digitale va realizzata all'interno di un progetto organico e lungimirante di governance sanitaria, che minimizzi i rischi cibernetici e promuova una condivisione selettiva dei dati. Per garantire la sicurezza è pertanto necessario implementare alcune misure tecniche atte a garantire:

- ❖ la gestione delle informazioni sensibili e personali;
- ❖ il controllo dell'accesso e la sua limitazione al solo personale autorizzato;
- ❖ la conformità alle normative come il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR) per evitare sanzioni e rischi per la reputazione;
- ❖ il controllo e la gestione in sicurezza delle apparecchiature medicali disponibili in Azienda.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)



Figura 11 – Sistema di Cybersecurity per la gestione dei rischi informatici

## 2.3 Strategie di innovazione dei processi clinico sanitari

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

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

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario:
  - Aggiornamento tecnologico e digitale;
  - Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

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

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

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

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



Figura 12 – Missione salute 2021-2026

## La telemedicina e i LEA

Nell'ambito della Missione 6 Salute, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), la telemedicina assume un ruolo primario attraverso specifiche aree di intervento. Nel PNRR, nell'ambito della riforma dell'assistenza territoriale, viene messa al centro la persona nella propria comunità di riferimento attraverso l'investimento Casa come primo luogo di cura e telemedicina e il potenziamento dell'assistenza sanitaria in tutte le sue forme. In tale riorganizzazione, le soluzioni digitali possono rivestire un ruolo fondamentale per la riduzione dei tempi di attesa per le visite, per il miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari, per una ottimizzazione delle risorse professionali e strumentali disponibili e per un aumento generale dell'efficienza del sistema sanitario. I **servizi minimi di telemedicina** previsti nel PNRR, al fine di assicurare un'attivazione uniforme degli stessi su tutto il territorio nazionale, sono:

- ❖ Televisita;
- ❖ Teleconsulto e teleconsulenza medico-sanitaria;
- ❖ Teleassistenza;
- ❖ Telemonitoraggio.



Figura 13 – Telemedicina

Tenuto conto, pertanto, che la digitalizzazione rappresenta lo strumento fondamentale per il miglioramento dei servizi offerti, l'ASL Napoli 3 sud ha messo in moto un percorso mirato all' informatizzazione dei processi clinico-assistenziali che consente non solo di favorire un approccio integrato alla cura del paziente ma anche di misurare e valutare l'assistenza prestata. La digitalizzazione promossa con il PNRR rappresenta l'opportunità e l'occasione per dar vita a un sistema sanitario più agile ed efficiente e soprattutto maggiormente focalizzato sulle esigenze del paziente. L'Azienda ha incrementato i servizi offerti al cittadino in tema di telemedicina per garantire l'appropriatezza clinica, l'engagement dei pazienti, la riduzione del rischio clinico, il decremento dei tempi di attesa. In coerenza alle Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa, l'ASL Napoli 3 sud intende aggiornare il proprio piano operativo per il recupero delle liste d'attesa. Nello specifico, il Piano Aziendale dovrà:

- ❖ collocare gli ambiti prioritari di applicazione della telemedicina;
- ❖ analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica;
- ❖ definire tassonomie e classificazioni comuni;
- ❖ definire gli aspetti concernenti i profili normativi e regolamentari e la sostenibilità economica dei servizi e delle prestazioni di telemedicina;
- ❖ il recupero delle richieste di prestazioni ambulatoriali e incrementare l'offerta di prestazioni allo scopo di ridurre le liste di attesa;
- ❖ l'incremento dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali e di screening nonché delle prestazioni di ricovero attuando una programmazione assistenziale integrativa.

Per gli assistiti dell'ASL Napoli 3 Sud sarà possibile:

- ❖ essere seguiti in percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici;

- ❖ migliorare il coordinamento tra gli specialisti che li hanno in cura;
- ❖ ottenere in una logica di rete diverse modalità di accesso all'offerta sanitaria.

L'ASL Napoli 3 Sud, attraverso la Deliberazione Aziendale n. 484 del 10/07/2020, ha dato avvio al progetto "SMART LEA". Tale progetto ha come principale obiettivo l'identificazione di nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, al fine di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

In questo scenario, le nuove tecnologie svolgono una funzione di supporto all'attività assistenziale e, al contempo, forniscono informazioni strutturate attraverso la creazione di un *database* unico aziendale, integrato con il Sistema Informativo Unico Regionale, indispensabile per la futura programmazione dell'assistenza territoriale e di un'integrazione ospedale-territorio. Tale progetto si propone di sostenere un modello organizzativo per l'ASL Napoli 3 Sud che, con procedure informatizzate *cloud enabled*, rende possibile:

- ❖ l'integrazione Ospedale-Territorio attraverso l'avvio e la gestione delle dimissioni ospedaliere precoci e la contestuale presa in carico del paziente dimesso in Cure Domiciliari o Cure Primarie;
- ❖ la gestione di tutto il percorso delle Cure Domiciliari fino alla rivalutazione del piano ADI o alla chiusura ed invio dei dati al sistema informatico regionale;
- ❖ la presa in carico di un paziente cronico da parte delle AFT, UCCP, o singoli MMG/PLS per l'erogazione di cure primarie;
- ❖ la trasmissione di dati, informazioni, referti, consulenze, visite a distanza, tracciati ed immagini tra UU.OO. dei diversi macro-centri dell'ASL Napoli 3 Sud o verso altri soggetti esterni;
- ❖ la gestione domiciliare dei pazienti con Covid-19.

La piattaforma informatica SMART LEA è qualificabile come *patient-oriented* poiché mette al centro dei servizi LEA il paziente. Essa è utilizzata per la gestione dell'assistito sia in fase post acuzie che di cronicità.

Mediante lo sviluppo della piattaforma l'ASL Napoli 3 Sud intende perseguire i seguenti obiettivi:

- ❖ ridurre gli accessi ospedalieri ovvero le giornate di degenza in ospedale non necessarie alla stabilizzazione del paziente e, comunque, sostituibili da giornate di accesso domiciliare o in RSA;
- ❖ garantire la presa in carico del paziente dimesso precocemente entro le 24/48 ore massimo dalla dimissione;
- ❖ agevolare la partecipazione del medico che dimette sia alla valutazione multidimensionale che ad, eventuali, teleconsulti specialistici ove necessario;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ agevolare la partecipazione del medico curante durante la fase di presa in carico territoriale in quanto responsabile clinico.

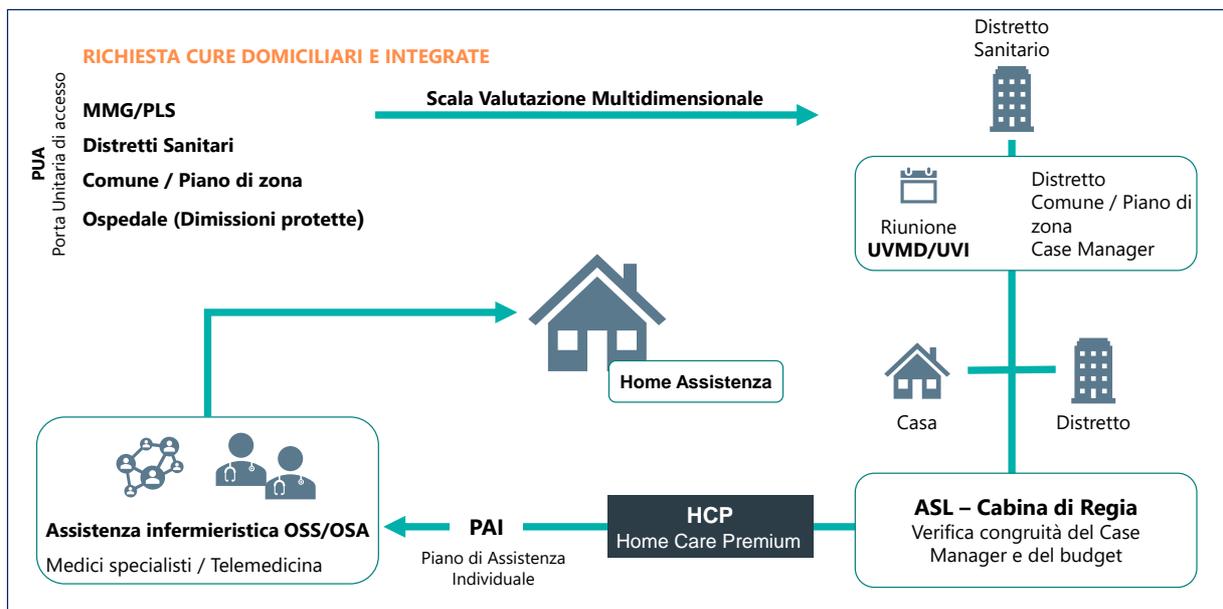


Figura 14 – L'assistenza attraverso la telemedicina

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

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

La gestione integrata del paziente consente:

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

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

### Il Modello Organizzativo Regionale della Telemedicina

Con la recente DGR n.378 del 29/06/2023 pubblicata sul BURC n. 54 del 17/07/2023 è stato approvato il "**Modello Organizzativo Regionale della Telemedicina**".

Lo sviluppo dei servizi di telemedicina e la loro attivazione in tutte le Aziende Sanitarie del territorio hanno come obiettivo principale quello di agevolare i percorsi di cura di tutti gli assistiti, in particolare dei pazienti cronici che sono sottoposti a frequenti visite di controllo e ai pazienti inseriti in piani di assistenza domiciliare seguiti puntualmente da uno o più professionisti sanitari di diversa specialità (ad esempio, da un fisioterapista e dal proprio MMG, da un infermiere, etc.) direttamente al proprio domicilio. In merito ai servizi di telemedicina già attivi nel territorio campano:

- ❖ **La televisita** permette ai pazienti di svolgere le visite di controllo direttamente dalla propria abitazione, evitando spostamenti spesso impegnativi soprattutto per i pazienti più anziani;
- ❖ **Il teleconsulto**, consentendo uno scambio di informazioni e relative conoscenze tra medici specialisti, ha come finalità quella di migliorare l'appropriatezza diagnostica e il conseguente trattamento clinico.

Attraverso il servizio di telemonitoraggio destinato ai pazienti cronici è possibile monitorare a distanza i parametri vitali mediante l'utilizzo di appositi dispositivi medici, i quali sono in grado di fornire svariate informazioni sullo stato di salute del paziente. **Il telemonitoraggio livello 2** prevede una misurazione continua di parametri clinici a differenza del **telemonitoraggio livello 1** che prevede le misurazioni di parametri ad orari stabiliti o al bisogno dei pazienti. L'introduzione di tale servizio è volta alla riduzione di controlli ambulatoriali che il paziente esegue di persona. Il modello organizzativo tecnologico adottato in regione Campania ha previsto l'implementazione di un'unica soluzione tecnologica (piattaforma di telemedicina) su scala regionale, centralizzando la gestione e l'integrazione con le diverse piattaforme digitali nazionali (ana, SPID, PagoPA, etc.), regionali (FSE, CUP, etc.), e aziendali (Repository, sistemi di firma digitale).

La scelta del modello organizzativo del servizio di Telemedicina campano considera:

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Le caratteristiche demografiche e socioeconomiche di riferimento;
- ❖ Le caratteristiche orogeografiche del territorio (zone montane e isole);
- ❖ La stratificazione della popolazione di riferimento;
- ❖ La modalità di erogazione;
- ❖ I parametri da monitorare/controllare;
- ❖ I professionisti della salute e discipline specialistiche coinvolti/e.

### **I dati sanitari e la medicina preventiva**

La medicina preventiva è una combinazione di pratiche mediche concepite allo scopo di evitare le malattie. Si tratta di un approccio proattivo alla cura dei pazienti. I medici adottano misure preventive per minimizzare il rischio che si sviluppino malattie e per rilevarle precocemente, in modo da fornire al paziente le migliori probabilità di guarigione fino al raggiungimento di una salute ottimale. Invece di trattare le condizioni quando queste si presentano, la medicina preventiva mira ad anticipare i problemi potenziali promuovendo comportamenti sani e lo screening delle malattie, allo scopo di evitare innanzitutto che le persone si ammalino.

Fondamentale, anche al fine di raggiungere gli obiettivi, sarà garantire maggiore predittività dalla analisi dei dati per riuscire a lavorare sulla governance, vale a dire superare le frammentazioni esistenti e valorizzare il patrimonio di dati di cui i diversi soggetti, anche nazionali e regionali, dispongono. Sarà fondamentale in tale caso fare riferimento alle tecnologie oramai abbastanza consolidate quali Big Data Analytics, Intelligenza Artificiale e Machine Learning. In particolare, l'IA ha numerose applicazioni nel campo della medicina. Ad esempio, i sistemi di IA possono essere addestrati per identificare in tempo reale le malattie con un'affidabilità sovrapponibile o superiore a quella di un medico. Inoltre, attraverso il machine learning è possibile creare modelli predittivi personalizzati, in grado di prevedere possibili conseguenze post-operatorie, come la predisposizione a infezioni in base alle caratteristiche del paziente.

L'IA viene utilizzata anche nella diagnostica per immagini, ad esempio in radiologia, così come nella ricerca farmacologica e negli studi epidemiologici, dove consente di individuare nuove terapie e di identificare i fattori di rischio per le malattie. La medicina di precisione e la robotica sono altri due campi in cui l'IA sta rivoluzionando la pratica medica. In campo oncologico, infine, l'IA può essere utilizzata come un sistema di supporto decisionale: gli algoritmi possono aiutare il medico a individuare la cura più appropriata per un paziente, tenendo conto dell'efficacia delle terapie in casi analoghi e degli effetti collaterali.

La medicina preventiva non contempla l'esistenza di un unico approccio standard per tutti, è per questo motivo che i medici che operano in questa branca della medicina, mettono a punto dei piani di screening personalizzati e variabili in funzione del rischio che una data persona ha di poter sviluppare una determinata patologia sulla base di alcuni dati (ad esempio sesso, età, stile di vita, ambiente sociale e patrimonio genetico). Il medico, attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie, può visitare i propri pazienti in remoto, analizzare big data e long data, fare screening e diagnosticare patologie sulla base di dati e pattern provenienti da diverse fonti di indagini e dispositivi. I tecnici, infatti, grazie all'utilizzo di questi algoritmi, possono analizzare più velocemente ed accuratamente

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

migliaia di dati e diagnosticare precocemente anche le malattie oncologiche.

## Il fascicolo sanitario elettronico 2.0

Il **Fascicolo Sanitario Elettronico** (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola in maniera sicura ed efficiente con i professionisti della medicina. La condivisione dei dati clinici consente una migliore prevenzione e cura dei pazienti, assicurando continuità assistenziale, servizi innovativi e personalizzazione della cura su tutto il territorio nazionale.

In altre parole, il Fascicolo raccoglie i dati e i documenti digitali di tipo sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti i pazienti del **Sistema Sanitario Nazionale** (SSN).

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è finanziato tramite il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**.

I Cittadini potranno:

- ❖ avere un accesso unico con la raccolta della propria storia clinica disponibile in formato digitale in ogni momento e in qualunque luogo
- ❖ consentire un accesso rapido alle informazioni sul proprio stato di salute esprimendo il consenso alla consultazione del FSE da parte dei medici
- ❖ evitare il ripetersi di analisi o altre prestazioni sanitarie già presenti e consultabili da più professionisti sanitari
- ❖ aggiungere nel proprio taccuino tutte le informazioni assenti nella propria storia clinica, ma che si ritiene importanti, assicurando un quadro più esaustivo.

I Professionisti sanitari potranno:

- ❖ accedere, con il consenso dell'assistito e sempre nel rispetto del segreto professionale, salvo i casi di emergenza sanitaria, alla documentazione relativa alla sua storia clinica necessaria per l'anamnesi, migliorando così il servizio di assistenza sanitaria al cittadino
- ❖ accedere alla documentazione sanitaria in caso di emergenza, anche senza il consenso dell'interessato, secondo specifiche modalità, per effettuare un corretto e tempestivo intervento
- ❖ ridurre i tempi per formulare una diagnosi o fornire assistenza sanitaria potendo consultare, in un unico punto, la raccolta dei documenti digitali che descrivono la storia clinica dei propri assistiti.

L'assistito ha il diritto di non rendere visibili sul FSE i dati e documenti relativi a una prestazione che ha ricevuto (il cosiddetto "diritto all'oscuramento"). Se questo diritto è esercitato, i dati e documenti della prestazione sono visibili solo all'assistito e al medico che li ha prodotti. In qualsiasi momento, l'assistito ha la possibilità di renderli nuovamente visibili a tutti gli operatori sanitari che accedono al suo fascicolo.

Alcuni dati e documenti sono inseriti sin dall'inizio automaticamente nel FSE in modalità oscurata, e quindi visibili solo all'assistito e al medico che li ha prodotti. Si tratta di dati e documenti soggetti a maggior riservatezza e sono quelli relativi ad atti di violenza sessuale o di pedofilia, all'infezioni da HIV o all'uso di sostanze stupefacenti, di

sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono a interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato e ai servizi offerti dai consultori familiari. Anche qualora l'interessato abbia espresso il consenso alla consultazione del FSE, tali dati e documenti continuano ad essere oscurati. Tuttavia, l'assistito può revocare in ogni momento l'oscuramento di tali dati e documenti rendendoli visibili nel FSE ai soggetti che lo prendono in cura.

Il FSE adotta misure di sicurezza per la protezione dei dati che assicurano il rispetto del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali (Reg.EU 2016/679) con riferimento a misure tecniche ed organizzative che riguardano, tra le altre:

- ❖ infrastruttura di sicurezza
- ❖ sistema di autenticazione e autorizzazione degli utenti
- ❖ registrazione degli accessi e tempi di conservazione ai fini della sicurezza
- ❖ protezione da attacchi informatici
- ❖ sistemi di protezione dei dati.

Secondo gli obiettivi del PNRR, entro giugno 2026 il FSE dovrà essere completamente operativo in tutte le regioni, coinvolgendo tutto il personale medico e garantendo l'accessibilità universale per tutti i cittadini. L'operatività totale implica non solo che il sistema sia in uso, ma anche che siano disponibili funzionalità avanzate, come un registro centrale per i documenti sanitari e una piattaforma di interoperabilità per una consultazione più semplice degli atti medici. Grazie agli investimenti previsti dal PNRR, i professionisti della salute non solo avranno accesso a un sistema sanitario più integrato, ma anche a strumenti che faciliteranno il loro lavoro quotidiano, migliorando l'efficienza e la qualità delle cure fornite.



Figura 15 – Fascicolo sanitario elettronico

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

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

## **Il risk management**

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

In particolare, svolge le seguenti attività:

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Analysis), M&M (Morbidity & Mortality) e sostegno ai professionisti nella loro realizzazione; - analisi preliminare della documentazione e delle procedure (analisi storica degli eventi accidentali, reclami, infortuni dei dipendenti);

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ coordinamento tra la gestione del rischio clinico e quella dei sinistri, onde garantire a tutti gli utenti un trattamento omogeneo in grado di offrire risposte concrete in termini di efficienza, trasparenza ed equità;
- ❖ partecipazione a Comitati, Commissioni, Tavoli Tecnici e gruppi di lavoro per supportare le attività di gestione del rischio e promozione della sicurezza e qualità delle cure.

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

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

In coerenza con quanto previsto dagli obblighi nazionali e regionali, l'ASL Napoli 3 Sud ha implementato un percorso di digitalizzazione volto al miglioramento dei servizi sanitari offerti. Infatti, in questo modo, è possibile ottenere un miglioramento del governo gestionale, con il conseguente miglioramento della capacità di pianificare l'uso di risorse e beni.

### **Il ciclo della performance aziendale**

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

### **Il riordino delle procedure contabili**

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

contabili.

Tali linee di sviluppo interessano:

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

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

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

## **La privacy**

Il diritto alla protezione dei dati personali è un diritto fondamentale dell'individuo ai sensi della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 8), tutelato dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, dal d.lgs 30 giugno 2003, n.196 e ss.mm.ii. L'ASL Napoli 3 Sud, in persona del legale rappresentante pro-tempore il Direttore Generale, è il Titolare del Trattamento dei Dati, il quale, a sua volta, nomina il Data Protection Officer (DPO), i Responsabili del Trattamento dei dati effettuati per conto dell'ASL Napoli 3 Sud (soggetti esterni all'Azienda) e gli autorizzati al trattamento. Il Titolare garantisce il corretto trattamento dei dati, secondo il principio di accountability e adotta le necessarie misure per la protezione degli stessi.

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

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

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

- ❖ supporto alle articolazioni aziendali nella predisposizione della specifica documentazione privacy relativamente ai processi interni e/o esterni che richiedono adeguata regolamentazione in materia;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ predisposizione ed aggiornamento delle informative privacy per i soggetti interessati (utenza, dipendenti, fornitori etc.);
- ❖ predisposizione atti di nomina ex art. 28 GDPR (necessaria per il censimento nonché la responsabilizzazione di tutti i soggetti esterni che a vario titolo esercitano attività a loro demandate dal Titolare del Trattamento);
- ❖ predisposizione atti di nomina ex art.29 GDPR (riferita ai Direttori/responsabili delle articolazioni aziendali e a tutto il personale autorizzato al trattamento dei dati);
- ❖ predisposizione ed aggiornamento del Registro delle attività di trattamento ex art.30 GDPR;
- ❖ predisposizione ed aggiornamento della Valutazione d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA: Data Protection Impact Assessment) prevista dall'art. 35 GDPR;
- ❖ predisposizione ed aggiornamento di regolamenti, procedure, indirizzi, codici comportamentali e linee guida tese a disciplinare i processi aziendali al fine di assicurare una corretta e puntuale attuazione della specifica normativa in materia di tutela della privacy;
- ❖ monitoraggio dell'effettiva attuazione delle policy adottate dall'Azienda in materia di protezione dei dati personali;
- ❖ supporto al Data Protection Officer aziendale nelle attività a lui demandate dalla vigente normativa, nonché nelle attività di audit presso le articolazioni aziendali e nei contatti con l'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali;
- ❖ predisposizione ed esecuzione di un piano di audit interno rivolto a tutte le articolazioni aziendali e finalizzato alla verifica dello stato di compliance privacy aziendale;
- ❖ predisposizione ed aggiornamento di regolamenti e procedure per la gestione dei Data Breach (violazione dei dati personali);
- ❖ aggiornamento costante dell'apposita sezione "Privacy" del sito web aziendale in via diretta ovvero mediante l'ausilio della UOC Relazioni con il Pubblico;
- ❖ promozione e predisposizione di iniziative di formazione permanente per la diffusione della cultura della privacy rivolte al personale dipendente, di concerto con la UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane;
- ❖ supporto alla UOC Affari Legali per la composizione delle controversie in materia di Protezione di Dati Personali.

### **Il Nodo Smistamento Ordini**

La Legge di Bilancio 2018 (n. 205 del 27/12/2017) ha inteso garantire il rispetto della trasparenza negli approvigionamenti delle PA. Per far ciò, si prevedeva l'obbligo di creare, trasmettere e conservare, unicamente in formato elettronico, i documenti che riguardano ordini ed esecuzioni degli acquisti.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Per poter rispondere a questa necessità di trasparenza della pubblica azione e di efficientamento della spesa sanitaria, il Ministero dell'economia e finanze ha emanato il D.M. del 07/12/2018 come modificato e integrato dal Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 27 dicembre 2019, che definisce le linee guida da adottare per l'emissione, la trasmissione e la gestione degli ordini e degli altri documenti elettronici attestanti l'ordinazione di acquisto di beni e servizi mediante il Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO).

Il MEF in data 01/03/2024 ha pubblicato aggiornamenti sulle "Regole tecniche per l'emissione e la trasmissione degli ordini elettronici".

L'ASL Napoli 3 Sud ha adeguato il processo di acquisto alle nuove disposizioni normative, attraverso tale sistema, le amministrazioni e i fornitori, si scambiano documenti elettronici attestanti l'ordinazione di beni e servizi. In quest'ottica, NSO oltre a provvedere al recapito dei beni o servizio acquistati, verifica che i documenti trasmessi siano stati correttamente formati e che siano state inserite tutte le informazioni necessarie al loro successivo utilizzo durante la fase di fatturazione e pagamento. Esso rappresenta una vera e propria rivoluzione per le procedure di *public procurement*.

I principali vantaggi ottenuti da questa regolamentazione sono legati all'uniformità dell'ordine. In questo modo, infatti, si possono impostare elaborazioni automatiche o semiautomatiche, snellendo notevolmente il carico operativo in capo al fornitore, rendendo più rapido il processo di evasione dell'ordine e riducendo drasticamente gli errori. Inoltre, digitalizzando tutte le fasi del processo, sono ridotti al minimo anche i tempi legati all'analisi della liquidabilità e la messa in pagamento delle fatture, poiché l'Ente non dovrà verificare se la merce è stata consegnata o il servizio erogato.

## **2.5 Le misure di benessere equo e sostenibile**

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

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

Le aree di analisi individuate sono:

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

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

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

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

della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell'altezza in metri) - Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

L'ASL Napoli 3 Sud, al fine di raggiungere tale risultato, vede coinvolte le varie Unità Operative Aziendali che detengono i dati e che effettuano le analisi richieste, consentendo la definizione di una visione coerente, completa e chiara della qualità della vita collettiva della popolazione insita nel territorio Aziendale.

## La speranza di vita alla nascita

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

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

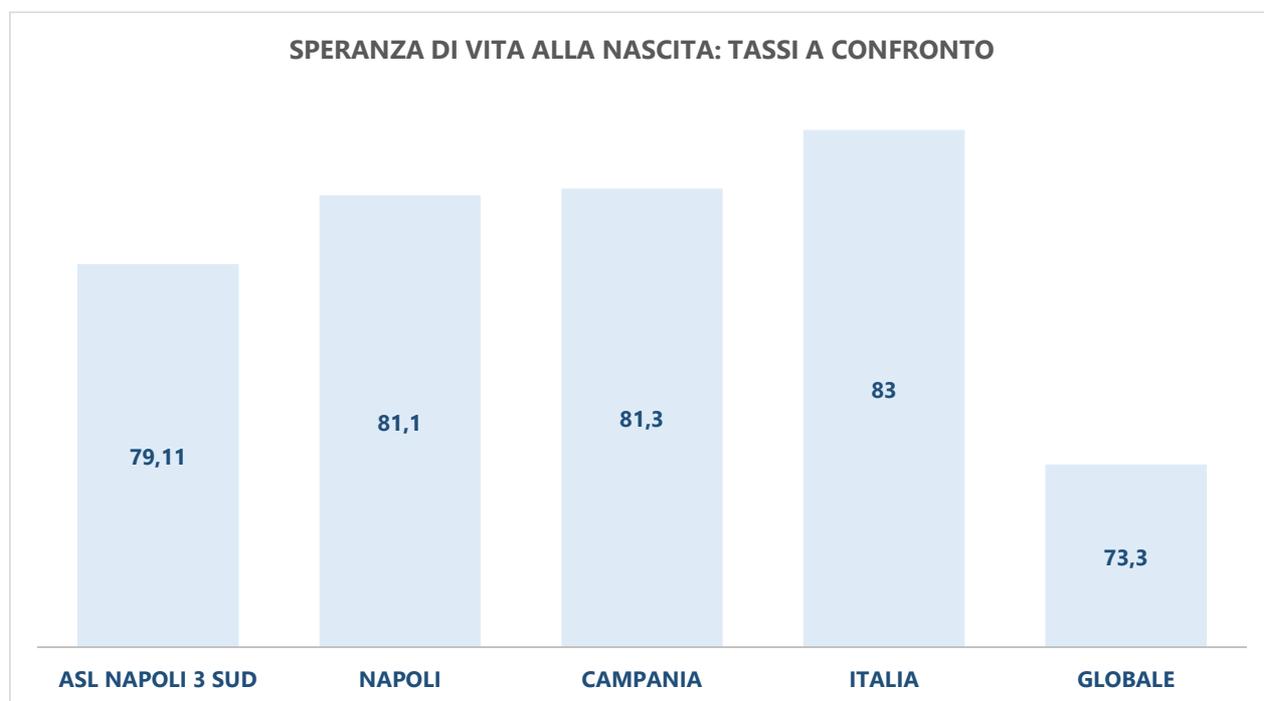


Figura 16 – La speranza di vita

Il dato raccolto dall'ASL Napoli 3 Sud conferma quanto registrato a livello globale ovvero che le donne vivono (in

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

media) 5 anni più a lungo degli uomini in quasi tutti i paesi del mondo.

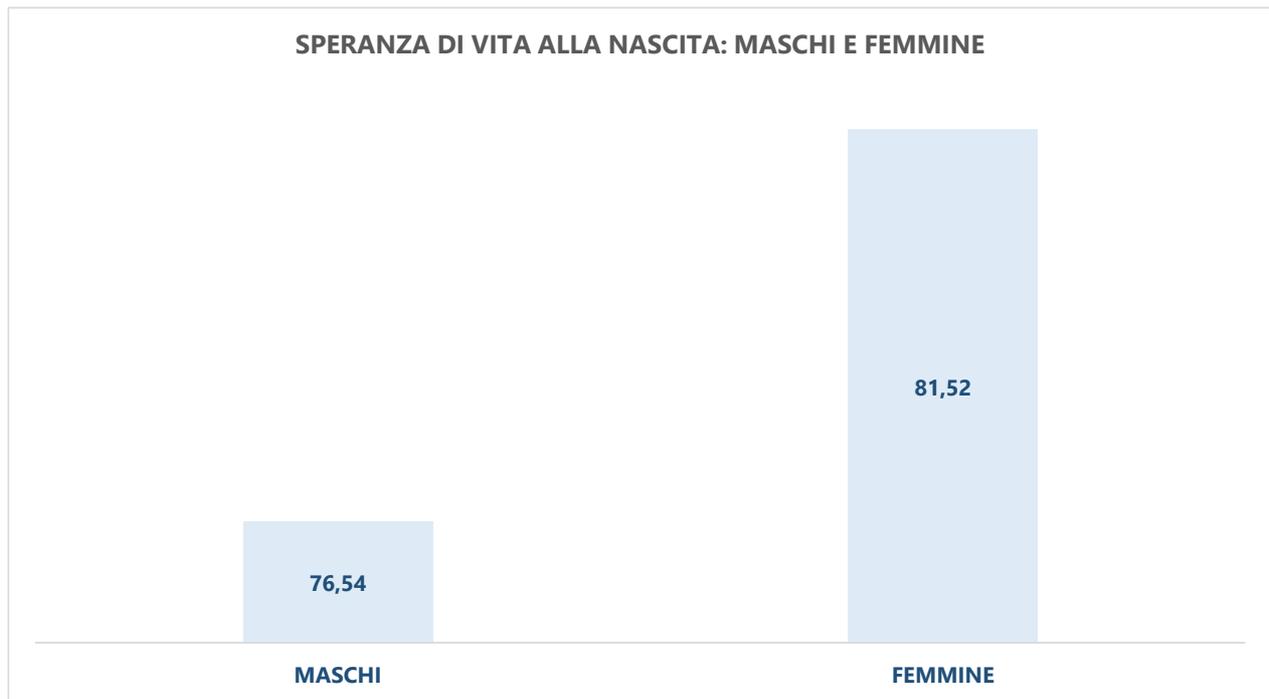


Figura 17 – La speranza di vita per maschi e femmine all'ASL Napoli 3 Sud

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

Formula di calcolo	Dati in rapporto		Baseline	Target
	Somma degli anni di vita della popolazione deceduta nell'anno 2023	Numero totale della popolazione deceduta nell'anno 2023	79,16	80,5
	709.583	8.964		

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
**Triennio 2025 - 2027**  
(art. 6 del DL 80/2021)

Dal 1° gennaio del 2017 è stata istituita l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Registro tumori, diretta dal Dott. Mario Fusco, afferente al Dipartimento di Prevenzione aziendale.

Il Registro Tumori svolge tre funzioni principali:

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

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

<http://www.registrotumorinapoli3sud.it>

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

## Incidenza oncologica

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

### L'incidenza oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Dati in rapporto		Baseline	Target
	Numero medio annuo di casi di neoplasia diagnosticati negli anni 2018-2022	Numero medio annuo della popolazione negli anni 2018-2022	5,55 (* 1.000 ab)	5,20 (* 1.000 ab)
	5.780	1.041.915		

Nel periodo di riferimento 2018-2022, sono stati diagnosticati in totale n. 28.900 nuovi casi di cancro, con una media annua di n. 5.780 casi contro i 28.941 riscontrati nel periodo 2017-2021.

Sul totale è disponibile la seguente analisi:

- ❖ n. 15.473 casi sono a carico della popolazione maschile, con una media annua di n. 3.095 casi;

- ❖ n. 13.427 casi sono a carico della popolazione femminile, con una media annua di n. 2.685 casi;
- ❖ la fascia di età in cui si registra la maggiore percentuale di tumori è la fascia compresa tra i 75 e gli 84 anni, in entrambi i generi;

I grafici successivi mostrano i primi cinque tumori diagnosticati nell'ASL Napoli 3 Sud, nel periodo 2018-2022, e la loro proporzione sul totale dei tumori per sesso.

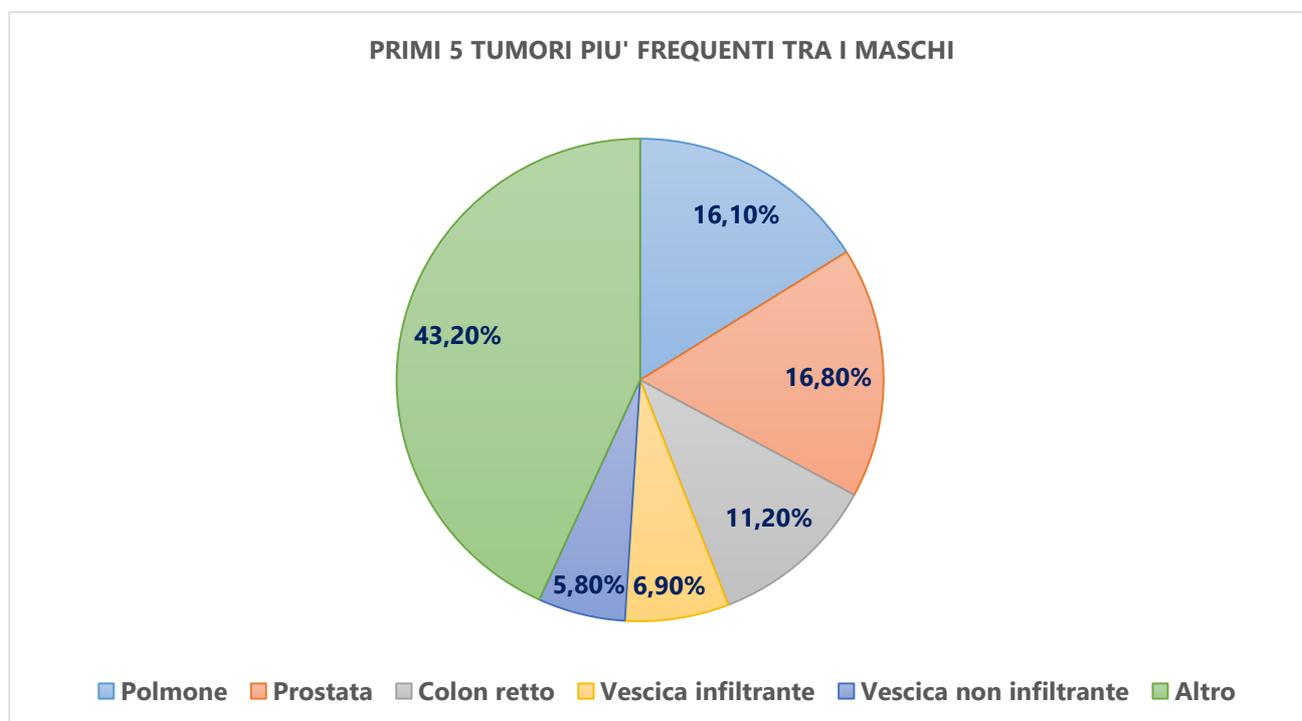


Figura 18 – Primi cinque tumori tra i maschi (2018-2022)

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

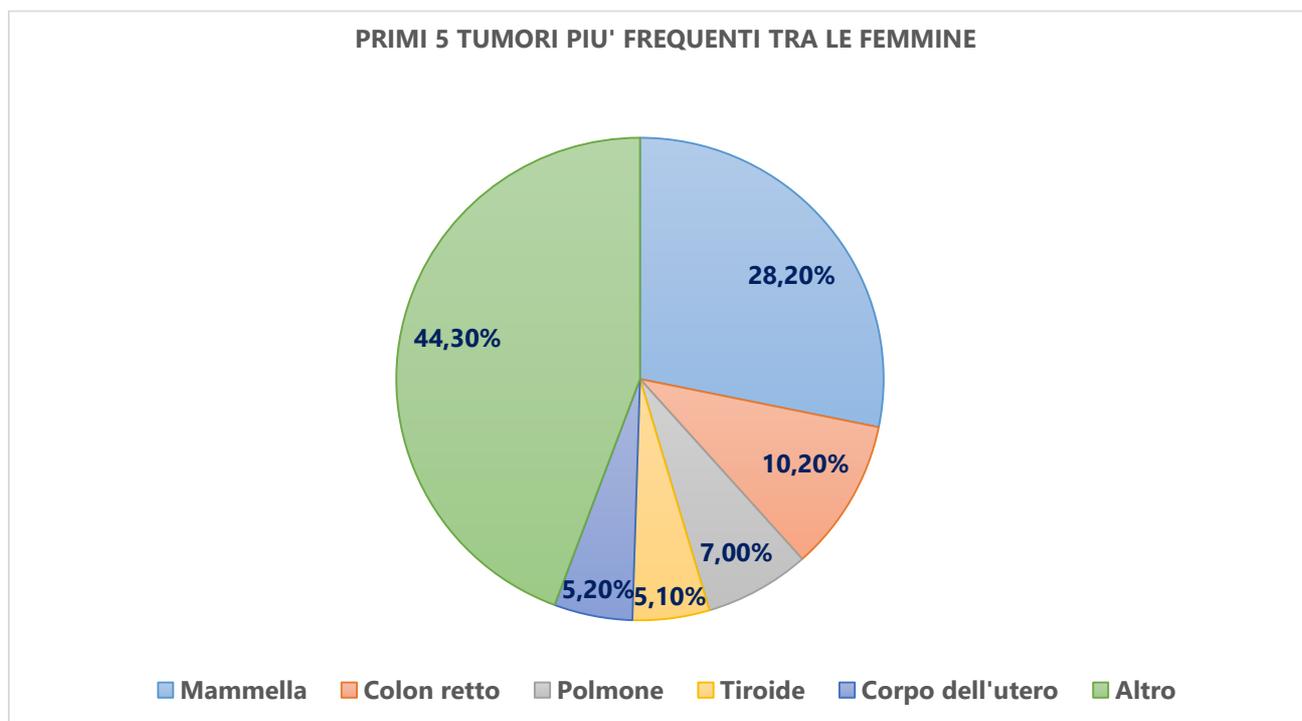


Figura 19 – Primi cinque tumori tra le femmine (2018-2022)

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

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

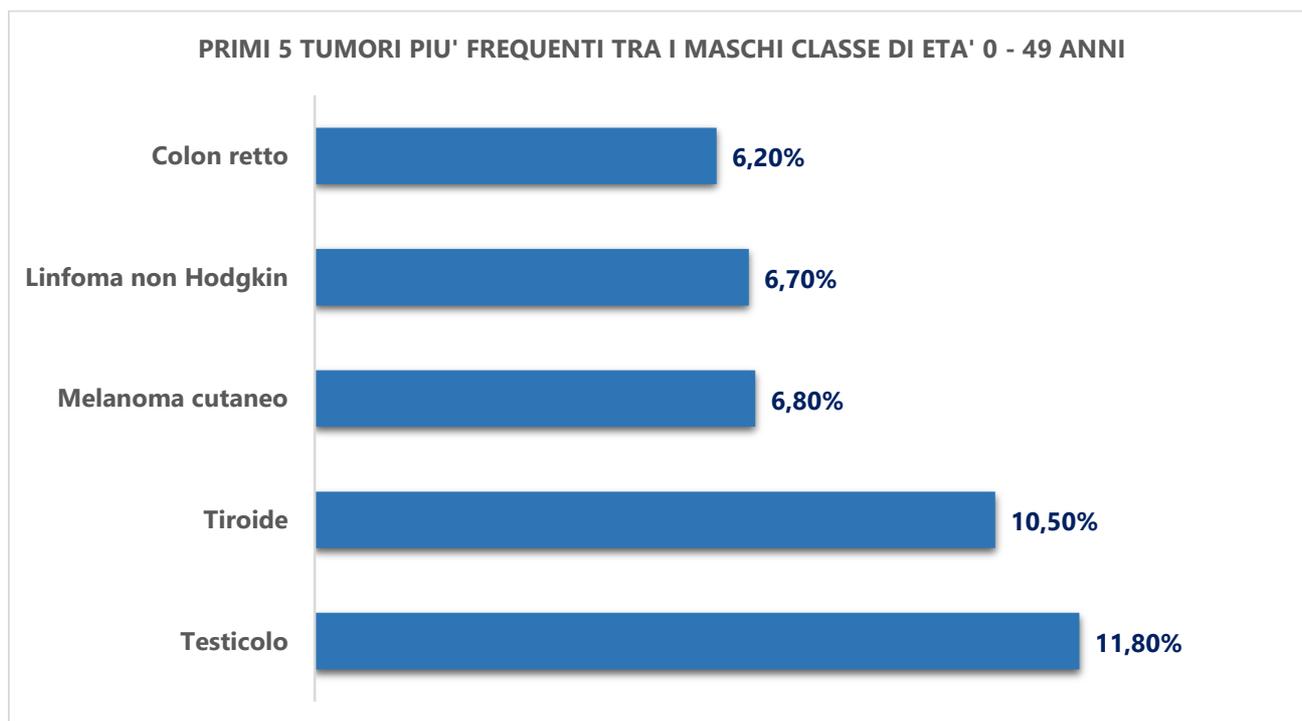


Figura 20 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 0 - 49 aa (2018-2022)

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

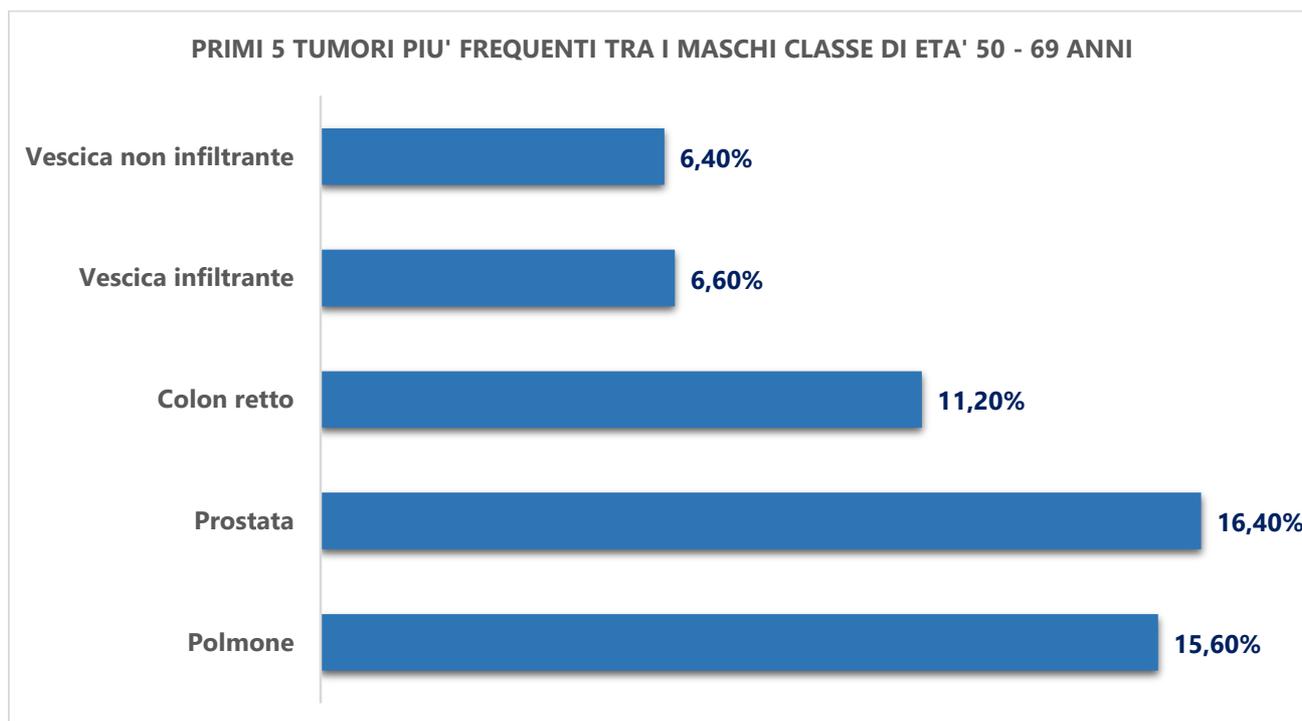


Figura 21 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 50-69 aa (2018-2022)

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

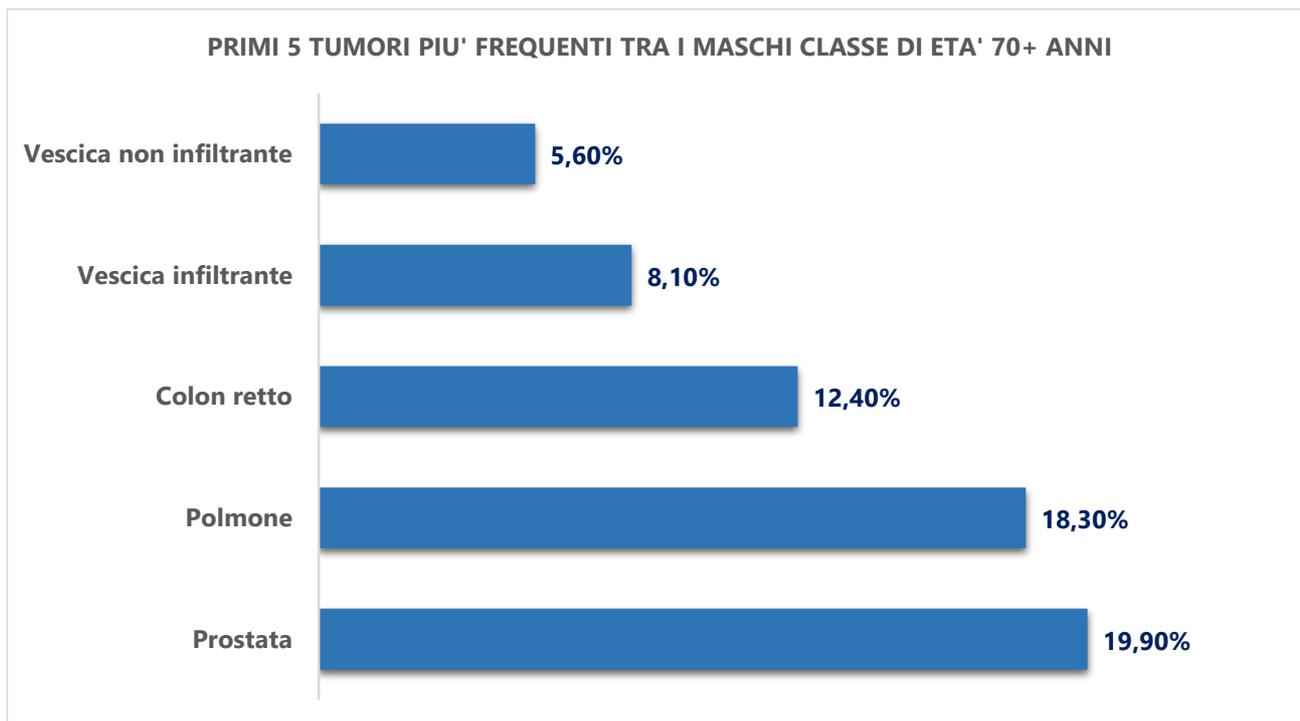


Figura 22 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 70+ aa (2018-2022)

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

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

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

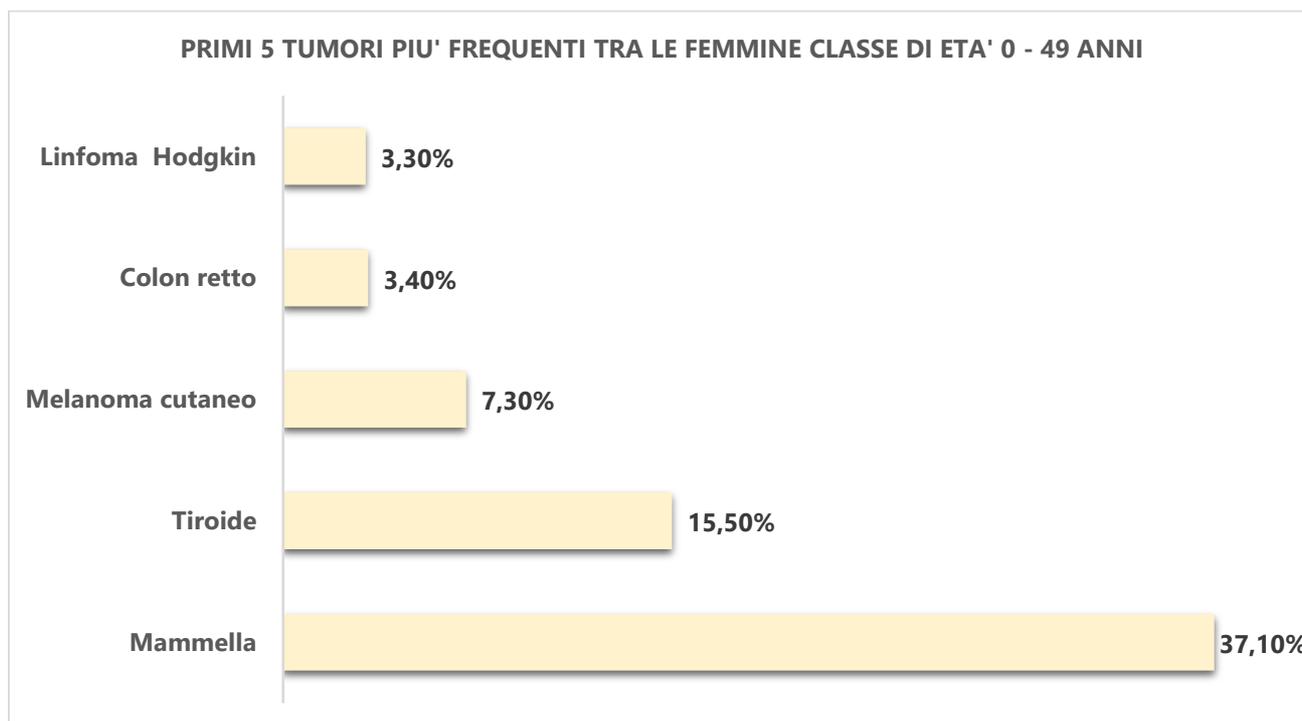


Figura 23 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 0-49 aa (2018-2022)

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

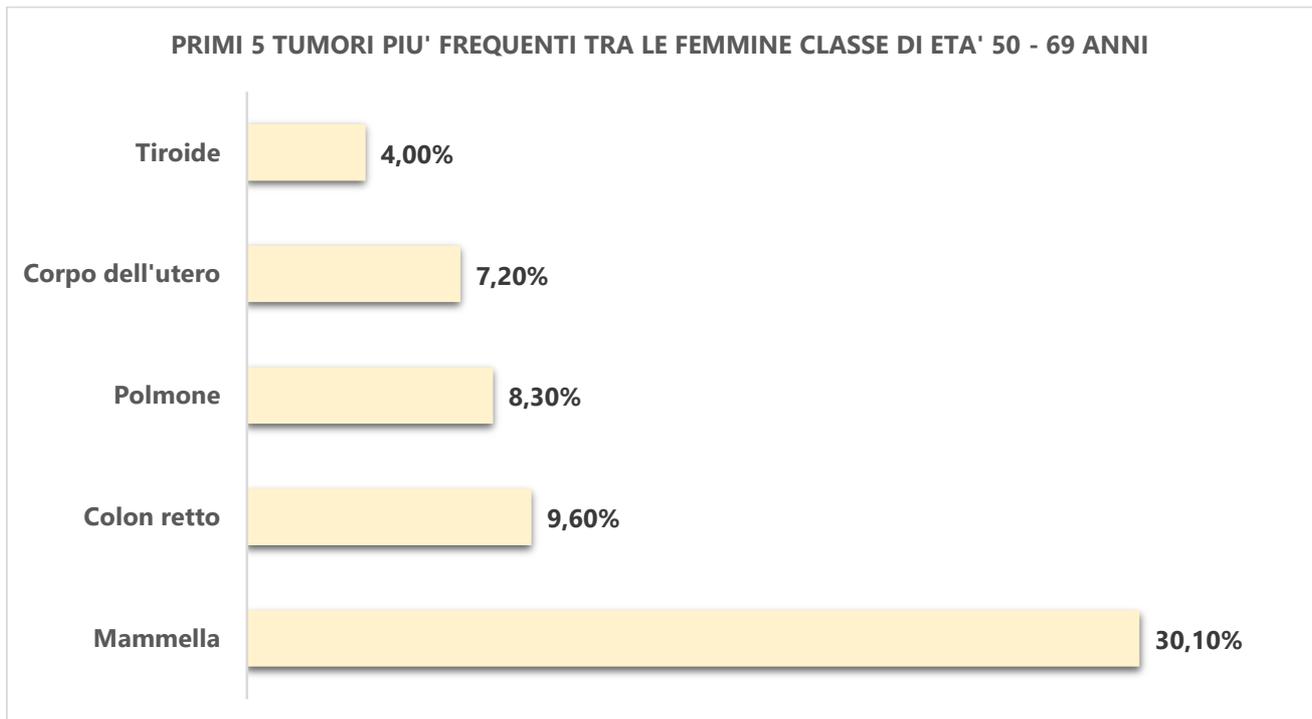


Figura 24 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 50-69 aa (2018-2022)

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

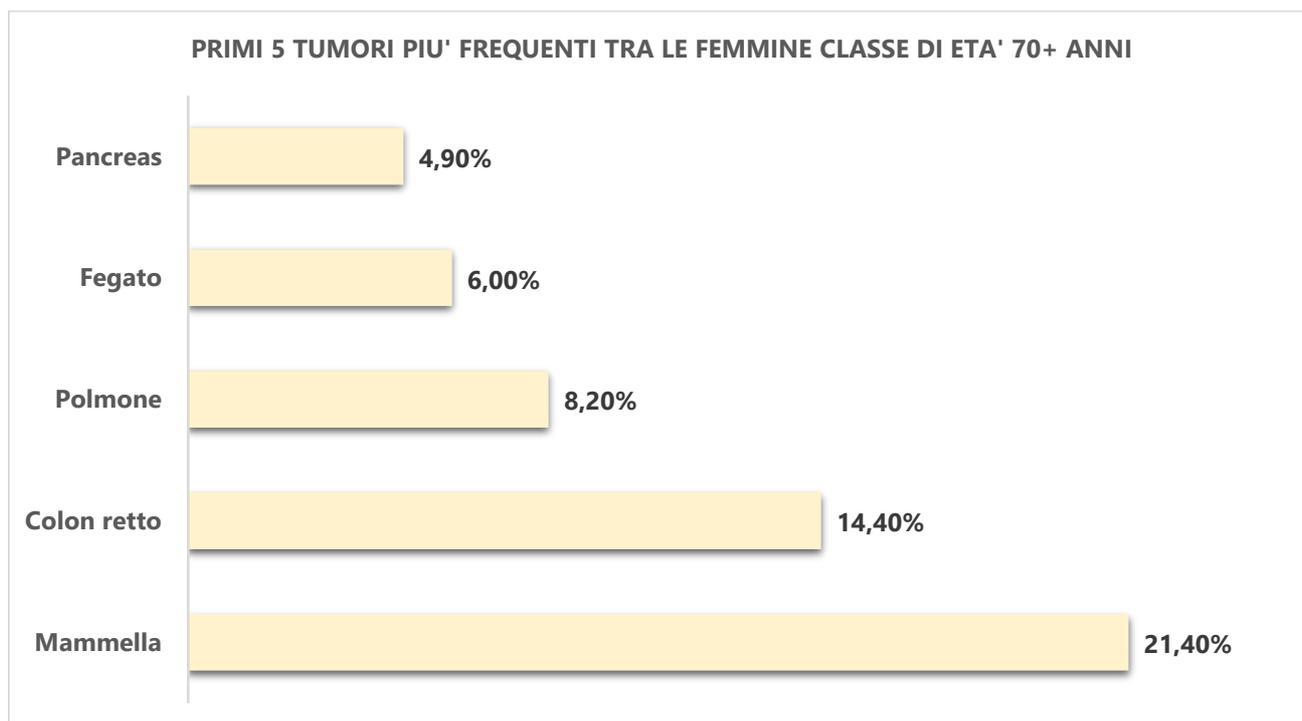


Figura 25 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 70+ aa (2018-2022)

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

### Il tasso di mortalità oncologica

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

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

Formula di calcolo	Dati in rapporto		Baseline	Target
	Numero medio annuo di decessi per neoplasia negli anni 2018-2022	Numero medio annuo della popolazione negli anni 2018-2022	2,14 (* 1.000 ab)	2,13 (* 1.000 ab)
	2.243	1.041.915		

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

Nel periodo di riferimento, triennio 2018-2022, sono stati diagnosticati in totale n. 11.214 decessi per cancro (media annua di n. 2.243 casi).

Sul totale è disponibile la seguente analisi:

- ❖ n. 6.462 interessano la popolazione maschile, con una media annua n. 1.292 casi;
- ❖ n. 4.752 interessano la popolazione femminile, con una media annua di n. 950 casi;
- ❖ la fascia di età in cui si registra la maggiore percentuale di decessi per cancro è la fascia compresa tra gli 80 – 84 ed over 84.

I grafici successivi mostrano i primi cinque tumori come causa di morte nell'ASL Napoli 3 Sud, nel periodo 2018-2022, e la proporzione sul totale dei tumori per sesso. In questo modo, è consentita una migliore comprensione delle cause di morte, correlate all'insorgenza di neoplasie, sul territorio aziendale.

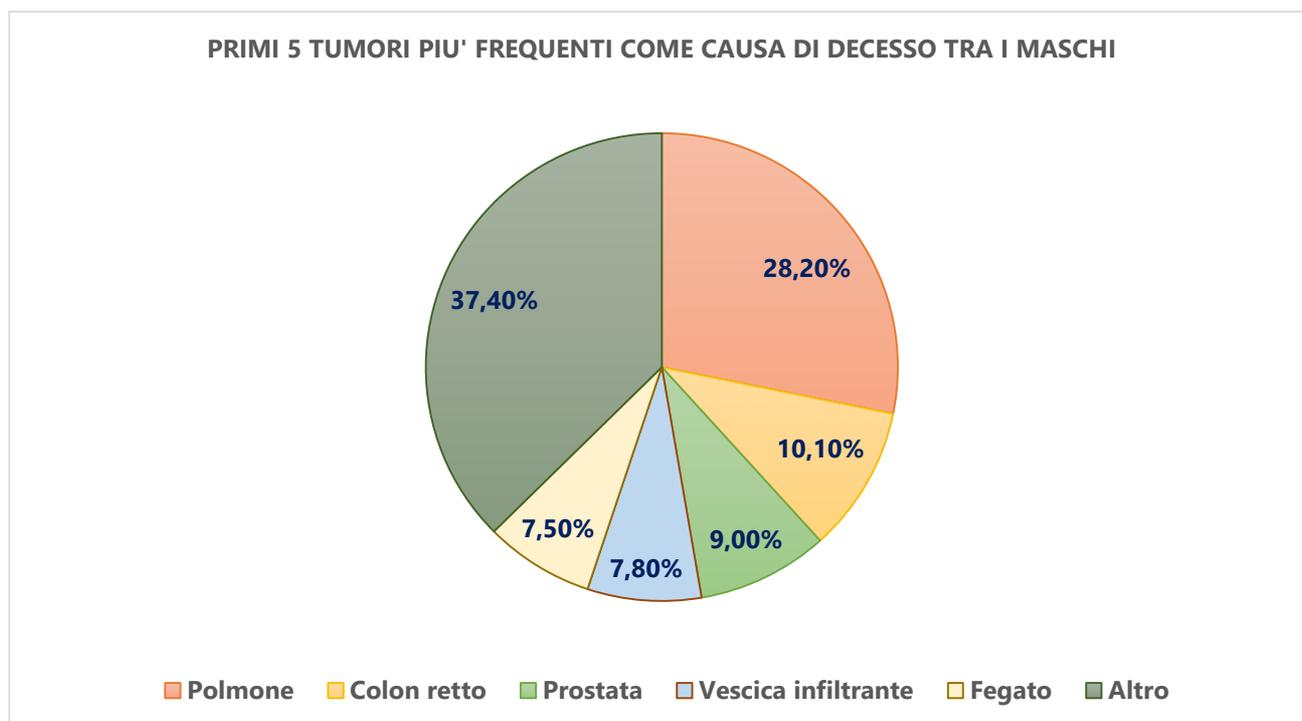


Figura 26 – Primi cinque tumori tra i maschi come causa di morte (2018-2022)

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

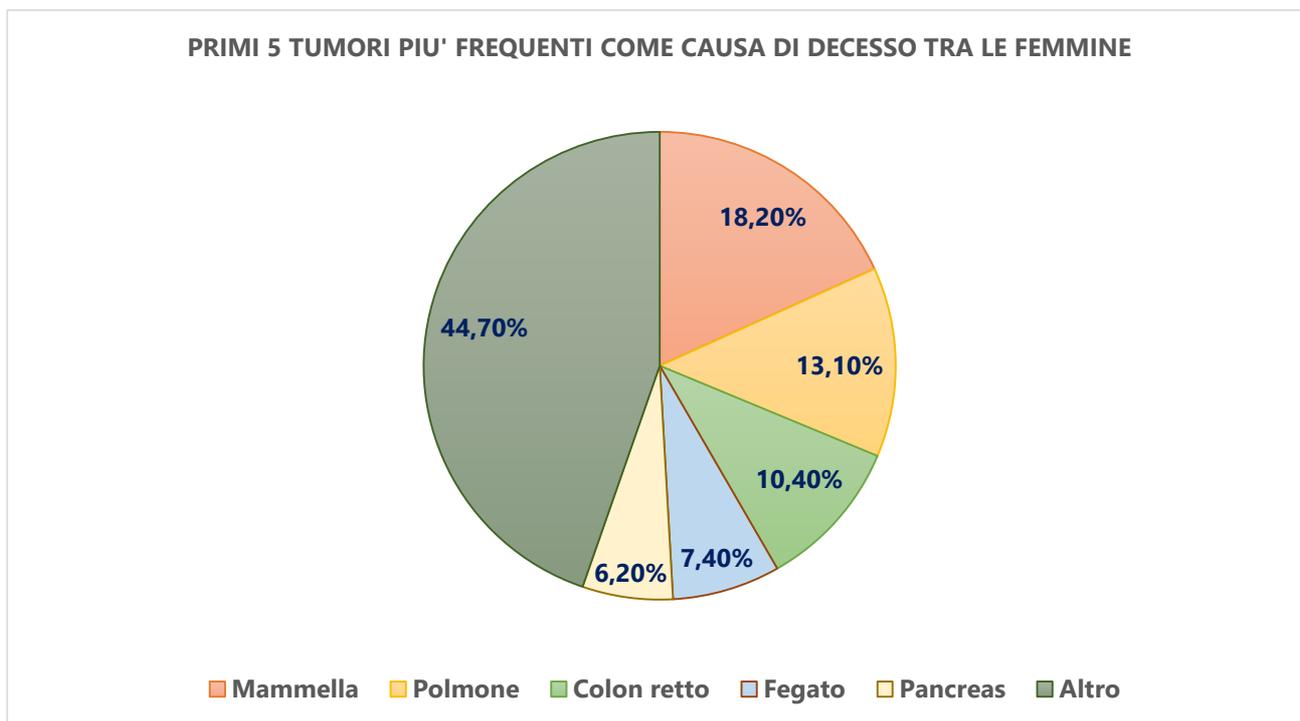


Figura 27 – Primi cinque tumori tra le femmine come causa di morte (2018-2022)

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

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

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

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

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

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

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

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

Tale approccio permette:

- ❖ la definizione in modo puntuale delle aree geografiche a rischio;
- ❖ l'acquisizione e l'analisi puntuale di dati su potenziali sorgenti inquinanti e la valutazione delle relative vie di diffusione e livelli di esposizione;
- ❖ La capacità di individuazione di effetti sanitari localizzati;
- ❖ una maggiore possibilità di mettere in relazione i rischi sanitari con possibili determinanti ambientali;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ la possibilità di elaborare, e proporre alle popolazioni esposte, soluzioni puntuali rispetto alle criticità emerse in ambito sanitario.

Elementi prioritari dell'approccio epidemiologico seguito sono:

- ❖ utilizzo di dati di incidenza oncologica perché meglio rappresentano un indicatore di rischio;
- ❖ strutturazione di un modulo GIS (Geographie Information Systems) finalizzato a rilevare le possibili relazioni spaziali tra indicatori di salute e dati ambientali, demografici ed economici;
- ❖ geolocalizzazione, con dettaglio di particella censuale, non solo dei casi di incidenza oncologica, ma dell'intera popolazione residente nell'area di riferimento; ciò implica l'acquisizione e l'aggiornamento annuale delle anagrafi comunali di tutti i Comuni afferenti al territorio in studio;
- ❖ storicizzazione degli indirizzi per la tracciabilità dei casi e la definizione del tempo di esposizione;
- ❖ inclusione nell'analisi di variabili confondenti, quale l'Indice di Deprivazione socioeconomica, al fine di poter quantizzare l'impatto di tale variabile sul rischio (la povertà è uno dei fattori di rischio per patologia oncologica);
- ❖ coinvolgimento nel gruppo multidisciplinare delle istituzioni regionali impegnate nel monitoraggio ambientale (IZSM, ARPA) per l'inclusione nello studio dei loro dati di monitoraggio ambientale con le relative coordinate geografiche da importare nel modello GIS del Registro;
- ❖ correlazione dei dati ambientali con i dati di incidenza oncologica e l'analisi dei stessi per microaree geografiche, con un livello di dettaglio Comunale e sub-comunale per particella censuale.

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

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

Sulla scorta dell'implementazione di tali studi, dal 2023 a tutt'oggi, il Registro Tumori dell'ASL Napoli 3 sud partecipa allo studio europeo "EOSC4 Cancer project" nell'ambito del programma Horizon Europe. Il Registro è

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

coinvolto nel gruppo di lavoro finalizzato all'utilizzo dei dati di incidenza oncologica, per studi di possibili correlazioni tra fattori ambientali, deprivazione socio-economica e insorgenza di cancro. Quest'attività ha lo scopo di proporre un protocollo europeo comune che colleghi i dati dei registri tumori (CR), i dati ambientali e i dati relativi alla deprivazione socioeconomica delle popolazioni residenti nelle aree a rischio ambientale, per la valutazione del rischio di cancro e, di conseguenza, per l'organizzazione di protocolli di sorveglianza adattati ai diversi contesti ambientali europei. Nel nostro progetto di ricerca sono stati applicati modelli spazio-temporali utilizzando i dati di incidenza del Registro Tumori riferiti al periodo 2008/2020, gli indicatori di Rischio Ambientale forniti dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Meridionale e i dati di deprivazione socioeconomica. I modelli spazio-temporali sono nuovi strumenti metodologici che aggiungono una nuova dimensione ai modelli spaziali più noti.

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

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- n. 5 centri aziendali di colposcopie distribuiti sul territorio con sistema di prenotazione centralizzata e governati dal Case Manager dei PDTA ginecologici;
- n. 3 centri aziendali per conizzazioni rispettivamente allocati presso i PO Nola, Castellammare di Stabia e Vico Equense.

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

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

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

- ❖ un protocollo operativo di intesa con ciascuno dei 4 CORP/CORPUS regionali (Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici) identificati come proprio riferimento per specifiche sedi tumorali;
- ❖ la costituzione di GOM Interaziendale, tra operatori del CORP/CORPUS di riferimento ed operatori aziendali; i diversi GOM, tumori specifici, si riuniscono con cadenza settimanale per la presa in carico multidisciplinare dei pazienti e la programmazione dei rispettivi percorsi diagnostico assistenziali in relazione alla fase della malattia;
- ❖ l'identificazione di un case manager a supporto di ogni GOM; i case manager rappresentano il vero snodo nevralgico del nuovo sistema assistenziale, essi rappresentano l'interfaccia tra il sistema sanitario (decisioni e pianificazioni dei percorsi effettuate dai GOM, strutture sanitarie ospedaliere e territoriali coinvolte per l'erogazione delle prestazioni) e il paziente che viene accompagnato lungo l'intero percorso, nel rispetto della tempistica e degli standard qualitativi indicati dalla Rete Oncologica Regionale.

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## L'eccesso di peso

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

L'eccesso di peso è ottenuto dal rapporto fra il numero medio annuo di bambini obesi in età evolutiva (8-9 aa) ed il numero totale di bambini in età evolutiva (8-9 aa) inclusi nel campione di analisi, per il periodo oggetto di analisi.

In Italia più del 40% delle persone è in sovrappeso o obesa, e tale percentuale è più alta nelle regioni meridionali, in particolare in Campania metà degli individui con più di 18 anni risulta in una condizione di eccesso di peso (50,6% contro il 42,9% dell'Italia) ed è la regione con la più alta percentuale di individui in sovrappeso, la seconda per quanto riguarda gli obesi.

In tale contesto, l'indice di massa corporea (BMI) è utilizzato per determinare l'appartenenza di un individuo ad una classe di peso secondo una definita scala di valori: *Sottopeso, Normopeso, Sovrappeso, Obeso*. Esso rappresenta uno strumento semplice ma utile per misurare il livello di obesità individuale o di una popolazione ed i relativi rischi di salute associati. Il calcolo di tale indicatore è dato dalla seguente formula:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Peso dell'individuo in Kg}}{(\text{altezza individuo in metri})^2}$$

I valori che esso può assumere sono indipendenti dall'età e simili per entrambi i sessi; la sua interpretazione viene effettuata secondo i criteri definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha previsto le seguenti categorie di classificazione:

Classificazione	BMI
Grave magrezza	< 16,00
Sottopeso	16,00 ≤ X ≤ 18,49
Normopeso	18,50 ≤ X ≤ 24,99
Sovrappeso	25,00 ≤ X ≤ 29,99
Obeso classe I	30,00 ≤ X ≤ 34,99
Obeso classe II	35,00 ≤ X ≤ 39,99
Obeso classe III	≥ 40,00

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

Al fine di intraprendere strategie utili a prevenire e contrastare il fenomeno dell'obesità, sia in età pediatrica che in età adulta, l'ASL Napoli 3 Sud ha definito diversi **Sistemi di Sorveglianza** attraverso i quali ottenere informazioni utili per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, degli stili di vita e, mediante la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio.

Nello specifico, i sistemi individuati sono:

- ❖ OKkio alla Salute;
- ❖ HBSC – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare;
- ❖ Azioni di promozione di corretti stili di vita per favorire il miglioramento dello stato di salute dei bambini e adolescenti;
- ❖ Azioni di cura e contrasto dell'Obesità e delle patologie ad esse associate durante l'età evolutiva.

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

Per la raccolta dati OKkio alla Salute Anno 2023, sono stati campionati: n. 36 Istituti Scolastici, n. 40 Classi III, per un totale di n. 720 Alunni e n. 40 Insegnanti referenti dell'Indagine. Al fine di assicurare il corretto andamento dell'indagine sono stati organizzati n. 2 corsi di formazione per gli Insegnanti Referenti degli Istituti Campionati, e contestualmente è stato ufficializzato il Gruppo di Lavoro Aziendale "OKkio alla Salute" ed organizzato un corso di Formazione, al fine di condividere procedure standardizzate.

Ad oggi, tutti i dati raccolti sono stati inseriti nel database ministeriale (questionario genitore, questionario bambino e scheda antropometrica bambino) ed è stato elaborato il Report dei dati Aziendali. I dati evidenziano che **tra i bambini dell' ASL il 6,1% risulta in condizioni di obesità grave** (vs 2,6% dato nazionale e 6% dato regionale), **il 14,7% risulta obeso** (vs 9,8% dato nazionale e 12,6% dato regionale), **il 25% sovrappeso** (vs 19% dato nazionale e 24,6% dato regionale), **il 53,8% normopeso** (vs 69,4% dato nazionale e 55,5% dato regionale) e lo **0,506% sottopeso** (vs 1,7% dato nazionale e 1,3% dato regionale). Complessivamente il 45,7% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità (vs 28,8% dato nazionale e 43,2% dato regionale); le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine. Per quanto riguarda le abitudini alimentari, solo il 53,6% dei bambini fa una colazione adeguata (vs 53% dato nazionale e 49,2% dato regionale) e solo il 25,3% consuma una merenda adeguata di metà mattina (vs 32% dato

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

nazionale e 23,1% dato regionale), che solo il 2,5% dei bambini consuma 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno (vs 5% dato nazionale e 2,5% dato regionale) Il 36,7% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine (vs 19% dato nazionale e 28,3% dato regionale) e il 54,6% dei bambini trascorre molto tempo in attività sedentarie (vs 45% dato nazionale e 60,1% dato regionale), principalmente screen time.

Il sistema di Sorveglianza **HBSC – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare**, si inserisce in questo contesto con lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni e costruire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute in questa fascia di età. La popolazione in studio è costituita dai ragazzi di 11, 13, 15 e 17 anni che frequentano le prime e terze classi delle scuole secondarie di I grado e le seconde e le quarte classi delle scuole secondarie di II grado. Le informazioni esaminate sono state raccolte attraverso due questionari: uno sottoposto ai ragazzi e uno per il dirigente scolastico.

L'ultima raccolta dati eseguita dall'ASL Napoli 3 Sud è relativa agli anni 2021-2022, al tal fine sono stati effettuati due corsi di formazione ad hoc per illustrare la metodologia di rilevazione digitale che contraddistingue la raccolta attuale da quelle precedenti. Ai corsi di formazione hanno partecipato tutte le scuole campionate per un totale di n. 28 Istituti. Sono state selezionate n. 59 classi partecipanti con un totale di circa n. 1.500 alunni e circa n. 60 docenti coinvolti nell'indagine. Dal monitoraggio effettuato dalla Regione Campania è emerso che n. 993 tra alunni, dirigenti scolastici e insegnanti hanno effettuato la compilazione del questionario online, raggiungendo il 94% della rappresentatività del nostro campione. Il Report HBSC è stato pubblicato sul sito Epicentro il 23/11/2023 e si attende la comunicazione ufficiale dalla Regione Campania.

**Azioni di promozione di corretti stili di vita per favorire il miglioramento dello stato di salute dei bambini e adolescenti.** Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, in linea con il Piano Regionale della Prevenzione 2020/2025 - Programma PP01 "Scuole che promuovono Salute", nell'anno scolastico 2023/2024 ha implementato "Il Gioco della Dieta Mediterranea", la nuova azione di promozione di una sana e corretta alimentazione dedicata agli alunni delle classi terze e quarte elementari. Nell'a.s. 2023/2024 hanno partecipato 67 Istituti Scolastici, distribuiti su 43 Comuni afferenti al territorio dell'Asl Napoli 3 Sud. Nello specifico hanno partecipato n. 548 classi III e IV elementari, per un totale di n. 10.000 alunni, n. 544 Genitori e n. 773 Docenti. Sono stati realizzati n. 42 corsi di formazione, rivolti ai Docenti e ai Rappresentanti dei Genitori delle classi coinvolte, durante i quali è stato illustrato lo svolgimento del Gioco. Come previsto nel Protocollo d'Intesa per la realizzazione dell'azione "Gioco della Dieta Mediterranea" (giusta Delibera N. 190 del 23 febbraio 2023), rinnovato con Delibera n. 1408 del 24 novembre 2023, presso gli Istituti scolastici sono stati distribuiti prodotti alimentari quali pasta e legumi, donati dalle Aziende produttrici locali aderenti al protocollo, per la realizzazione degli esperimenti ludico-didattici e per le degustazioni previste dall'Azione. Durante l'anno scolastico sono stati organizzati n. 1.644 incontri di promozione alla salute, svolti dagli Operatori Sanitari in aula, con il coinvolgimento dei Docenti, degli alunni e dei Rappresentanti dei Genitori. A settembre 2024, a conclusione delle attività dell'a.s. 2023/2024, sono stati consegnati i gadget "Gioco della Dieta Mediterranea", in particolare ogni alunno ha ricevuto un portamerenda e

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2025 - 2027 (art. 6 del DL 80/2021)

una tovaglietta. Inoltre, agli alunni delle classi III elementari è stato consegnato un attestato di qualifica come "Esperto del Gioco della Dieta Mediterranea": nell'a.s. 2024/2025 essi saranno "Alunni peer", ossia trasmetteranno le conoscenze acquisite durante l'anno scolastico precedente agli alunni delle nuove classi terze elementari, che si approcceranno al Gioco per la prima volta.

Nel mese di ottobre 2024, facendo seguito all'Accordo di Collaborazione tra la Regione Campania ed il M.I.M. Direzione Generale -Ufficio Scolastico per la Campania- di cui alla presa d'atto con D.D. n. 534 del 07/08/2023, è stata istituita la Rete Regionale delle Scuole che Promuovono Salute denominata "Scuole SHE Campane che Promuovono Salute" (S.S.C.P.S.) con la finalità di attivare specifici interventi di prevenzione e promozione della salute. Partecipano alla Rete la Regione Campania Direzione Generale per la Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, l'Ufficio Scolastico Regionale (USR) per la Campania, le ASL Campane e le Scuole Statali di ogni ordine e grado della Regione Campania. Nell'anno scolastico in corso le adesioni alla Rete S.S.C.P.S. ed alle Azioni "Gioco della Dieta Mediterranea" e "Spuntino in classe per una merenda salutare" sono raccolte direttamente dall'USR per la Campania e successivamente trasmesse al Servizio Scrivente. Ad oggi risultano iscritti n. 60 Istituti Scolastici. Le attività del "Gioco della Dieta Mediterranea" e dello "Spuntino in classe per una merenda salutare" inizieranno a partire dal mese gennaio 2025.

**Azioni di cura e contrasto dell'Obesità e delle patologie ad esse associate durante l'età evolutiva.** Nell'ambito della lotta all'obesità, è stato istituito il Centro di II livello "Obesità in età evolutiva", che offre un servizio di assistenza multidisciplinare. Il percorso assistenziale è delineato da un PPDTA aziendale (Delibera n. 1316 del 06.11.2023), la presa in carico del paziente obeso prevede il primo accesso e l'erogazione di n. 3 prestazioni specialistiche per ciascun paziente: visita nutrizionale, visita psicologica, valutazione motoria.

Nella seguente tabella sono riportati i dati riferiti al periodo 19 marzo 2018 – 31 dicembre 2024.

TABELLA PRESTAZIONI EROGATE DAL CENTRO DI II LIVELLO			
TIPO PRESTAZIONE	N. PAZIENTI	N. ACCESSI	N. PRESTAZIONI EROGATE
I VISITA	1.431	1.431	x 3* = 4.293
CONTROLLI	6.479	6.479	x 3* = 19.437
RITIRI DIETA	1.521	1.521	1.521
COUNSELING	430	1.521	1.524
TOTALE	1.431	10.955	26.775
<i>* prestazioni x 3: visita nutrizionale, visita psicologica, visita Scienze Motorie</i>			

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## Le azioni di miglioramento

Per favorire l'aumento della speranza di vita alla nascita, anche al fine del raggiungimento dell'obiettivo BES, l'ASL Napoli 3 Sud intende giocare un ruolo attivo:

- ❖ nella promozione di una vita sana (alimentazione salutare, attività fisica, contrasto al fumo ed all'abuso di alcool);
- ❖ nella promozione e gestione di campagne di sensibilizzazione alle vaccinazioni;
- ❖ nella realizzazione di azioni mirate alla prevenzione dell'obesità ed al contrasto dell'insorgenza di patologie neoplastiche;
- ❖ nella gestione proattiva dei processi di innovazione tecnologica e trasformazione digitale per offrire servizi di assistenza di alto livello.

Il contrasto alle patologie neoplastiche necessita di un approccio multi-disciplinare e richiede interventi coordinati e sinergici a più livelli, dalla prevenzione alla diagnosi precoce, fino al miglioramento del percorso complessivo della presa in carico del paziente oncologico.

Le linee strategiche che l'ASL Napoli 3 Sud ha intrapreso ed in parte intende intraprendere per la prevenzione dell'incidenza oncologica e del tasso di mortalità da causa specifica, anche al fine del raggiungimento dell'obiettivo BES, prevedono la realizzazione di:

- ❖ interventi di comunità finalizzati a contrastare i determinanti primari dei tumori (fumo, alimentazione non salutare, inattività fisica, abuso di alcol, agenti infettivi oncogeni, oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro);
- ❖ diagnosi precoce dei tumori e/o delle lesioni pretumorali, mediante programmi di screening oncologico per i tumori per i quali c'è evidenza di efficacia (utero, mammella, colon retto);
- ❖ identificazione, quanto più possibile precoce, dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per tumori o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti e la loro conseguente presa in carico da parte del sistema sanitario;
- ❖ formazione interdisciplinare, congiunta de aggiornamento di tutti gli operatori coinvolti nei programmi di screening (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, altri medici specialisti quali ginecologici, proctologi, radiologi, endoscopisti), nonché iniziative di comunicazione in grado di fornire informazioni chiare che possono contribuire ad aumentare la partecipazione ai programmi organizzati, riducendo il ricorso a interventi di prevenzione individuale spontanea, meno efficaci, e favorire l'adesione agli screening da parte dei gruppi vulnerabili.

Infine, per prevenire l'obesità nell'età evolutiva, anche al fine del raggiungimento dell'obiettivo BES, l'ASL Napoli 3 Sud ha intrapreso azioni volte al miglioramento sia degli stili alimentari che del livello di attività fisica, in particolare

attraverso le seguenti attività:

- ❖ la promozione di una sana e corretta alimentazione e dell'attività fisica, attraverso la distribuzione nelle scuole di opuscoli rivolti a bambini, genitori e insegnanti che forniscono suggerimenti su alimentazione sana, attività fisica e corretto utilizzo di TV e videogiochi;
- ❖ l'azione "Spuntino in classe: per una merenda salutare", al fine di consolidare ed estendere il consumo di una merenda salutare di metà mattina a tutte le classi della Scuola dell'Infanzia e Scuola Primaria presenti sul territorio aziendale;
- ❖ l'azione, "Aul Attiva", rivolta alla riduzione della sedentarietà creando occasioni che favoriscono il movimento in aula, luogo in cui i bambini trascorrono gran parte delle loro giornate;
- ❖ l'assistenza sanitaria ai bambini obesi, dove l'Unità aziendale a cura dell'Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) svolge un ruolo fondamentale nella cura e nella prevenzione del Diabete e dell'Obesità in età evolutiva.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## 3 Le Performance

### 3.1 Introduzione

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

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

Il Piano della performance, previsto all'art. 10 del D. Lgs. 150/2009 e dal successivo D. Lgs. 74/2017, è il documento programmatico triennale attraverso il quale l'Azienda individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance, organizzativa ed individuale.

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

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## 3.2 L'identificazione delle aree di intervento

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

<b>L'ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO</b>	<b>L'ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>	<b>L'ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>
Comprende tutte le attività di prevenzione primaria e alcune di prevenzione secondaria rivolte alla collettività e ai singoli: tutela dagli effetti dell'inquinamento e dagli altri rischi in ambiente di vita, tutela dai rischi per la salute e la sicurezza degli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, vaccinazioni e altre forme di prevenzione delle malattie infettive, tutela degli alimenti, programmi di diagnosi precoce, medicina legale.	Comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Servizi per le dipendenze, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, etc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).	In pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

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

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

- ❖ promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e sociosanitari;
- ❖ ridurre il tasso di ospedalizzazioni inappropriate;
- ❖ promuovere e attivare l'assistenza domiciliare;
- ❖ promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria soprattutto rivolta alle fasce di popolazione a maggior rischio;
- ❖ attuare campagne di educazione e promozione della salute.

Nel secondo semestre 2024, e nel successivo 2025, la Direzione Strategica risulta impegnata nella strategia di migliorare l'assistenza sanitaria da erogare ai cittadini residenti nel territorio aziendale, e specificatamente impegnata in:

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

### **3.3 L'azienda in cifre**

Le Macrostrutture, dotate di autonomia gestionale, che concorrono al Governo complessivo dell'Azienda sono costituite dai Dipartimenti strutturali, Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri e dai Dipartimenti funzionali.

Le funzioni sono classificabili in:

- ❖ Attività di Ricovero Ospedaliero;
- ❖ Attività di Pronto Soccorso e reti tempo-dipendenti;
- ❖ Attività Territoriale (Medicina Generale, Pediatria di libera scelta, Specialistica Ambulatoriale);
- ❖ Attività di Prevenzione;
- ❖ Attività per la Salute Mentale;
- ❖ Attività per l'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- ❖ Attività per le dipendenze da sostanze e comportamentali (SerD).

Obiettivo delle singole UU.OO., componenti le Macrostrutture, titolari delle attività di cui sopra, è aggiornare i predetti dati con cadenza trimestrale.

Per i dati inerenti ai punti di seguito elencati, si rimanda alla pagina web "Amministrazione Trasparente":

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Risorse Umane;
- ❖ Dati Economici.

I responsabili dei predetti dati provvedono al loro aggiornamento con cadenza trimestrale, e sono monitorati dalla UOC Controllo di Gestione. La pubblicazione dei dati di produzione è attestata dal Responsabile della Trasparenza.

## **3.4 Analisi del contesto esterno**

La presente sezione è finalizzata a rappresentare in quale contesto organizzativo e strutturale l'Azienda opera (contesto interno), nonché gli stakeholder di riferimento ed i soggetti con cui l'Azienda interagisce (contesto esterno); tali elementi sono fondamentali nell'analisi preliminare sui bisogni della collettività, la mission istituzionale, le strategie, gli obiettivi e i relativi indicatori.

Oltre all'invecchiamento della popolazione, nella valutazione dei fabbisogni di salute, impatta in modo determinante la prevalenza delle patologie croniche. Già oggi, circa il 40% della popolazione dei territori di competenza dell'ASL Napoli 3 Sud è affetto da una patologia cronica e circa il 20% da due o più patologie croniche. L'elemento da attenzionare riguarda il tema delle cronicità, che interessa, in prevalenza, le persone con più di 65 anni e che la prospettiva, al 2035, di una popolazione di over 65 pari a circa un terzo della popolazione complessiva, fa riflettere sull'evoluzione dei bisogni e come poterli fronteggiare in assenza di interventi capaci di modificare le modalità di invecchiamento della popolazione (vita più lunga ma sana), o di incrementare significativamente le risorse disponibili. Già oggi, osservando i dati di utilizzo del sistema ospedaliero e della specialistica ambulatoriale, è agevole comprendere che il controvalore dei servizi utilizzati dalla popolazione over 65 sono di gran lunga superiori al valore della quota capitaria. Un incremento di pazienti anziani e cronici renderebbe il sistema difficilmente sostenibile alle attuali condizioni.

Dal punto di vista epidemiologico, all'invecchiamento della popolazione corrisponde un aumento della prevalenza di persone con condizioni patologiche croniche e di pluri-patologie (cardiache, neoplastiche, cerebrovascolari, respiratorie e metaboliche) che impongono riflessioni e decisioni strategiche sulla necessità e opportunità di orientare l'attuale modello assistenziale, basato sulla risposta al singolo evento acuto, ad un modello basato sulla presa in carico della persona con patologia cronica.

## **3.5 Analisi del contesto interno**

Si descrivono, in breve, le articolazioni dell'ASL Napoli 3 Sud:

- ❖ la Direzione Aziendale, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, avvalendosi del Collegio di direzione, esercita il governo strategico dell'Azienda;
- ❖ le strutture a supporto alla Direzione strategica, le strutture a supporto alla Direzione amministrativa, le strutture a supporto alla Direzione Sanitaria supportano la Direzione nei processi di pianificazione

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

strategica, di sviluppo delle risorse umane, delle politiche della qualità e del governo clinico, nonché del controllo di gestione;

- ❖ le funzioni di supporto amministrativo e tecnico sono essenziali per il corretto funzionamento dei processi aziendali di gestione delle risorse e di erogazione dei servizi ai cittadini.

L'ASL Napoli 3 sud eroga prestazioni sanitarie di tipo ospedaliero e di tipo territoriale (non ospedaliero).

L'assistenza sanitaria non ospedaliera viene resa nell'ambito dell'articolazione denominata Distretto Sanitario. L'Azienda ha incardinato i suoi 13 Distretti Sanitari in un Dipartimento funzionale denominato "Assistenza Territoriale". L'evoluzione del concetto di "cure integrate", la ricerca di una relazione forte tra ospedale e territorio, la condivisione concettuale della cospicua componente sociale nella domanda sanitaria, l'introduzione della legge 328/2000, hanno fatto sì che dal d. lgs 502/92 l'enunciato dei contenuti del Distretto Sanitario, inizialmente visto come contrapposto e quasi concorrente all'attività ospedaliera, si amplificasse e contestualmente si rafforzasse nella sua centralità di struttura-chiave di una gran parte del sistema aziendale.

Nell'Azienda è stato adottato il modello di Distretto Sanitario organizzativo rivolto alla salute, alla sua promozione in ogni senso, attraverso l'analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, all'analisi del contesto socio-economico-ambientale che necessariamente deve essere individualizzato quale risultato di studi integrati, un modello organizzativo chiaro ma flessibile, che tiene conto nei suoi paradigmi strutturali delle continue modifiche sociali, culturali, ambientali, che abbia occhi aperti sul territorio attraverso le sue Unità Operative e nel contempo utilizzando a piene mani le risorse sociali, culturali, istituzionali, di volontariato e del terzo settore, da cui emergono segnalazioni, bisogni e aspettative. Il Dipartimento Assistenza Territoriale individua il modello di management adeguato alla logica di rete e capace di garantire efficacia ed efficienza delle singole prestazioni articolate sia per obiettivi che per tipologie di servizi, garantendo logiche di sistema integrato curando particolarmente il sistema informativo e la valutazione.

Secondo quanto previsto dal Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2018) la rete ospedaliera aziendale è costituita da DEA di I Livello e da un Presidio Ospedaliero di base con pronto soccorso.

DEA di I livello	P.O. Nola P.O. Nola -Plesso Pollena (Stabilimento del P.O. Nola);
	P.O. Boscoreale – Boscotrecase;
	P.O. Castellammare P.O. Gagnano (Stabilimento del P.O. Castellammare);
	Nuovo Ospedale Della Costiera (P.O. di Sorrento e P.O. di Vico Equense)
Presidio Ospedaliero di base con pronto soccorso	P.O. Torre del Greco

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Il Presidio Ospedaliero è una struttura operativa dell'Azienda Sanitaria ed è organizzato in strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali. Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste della programmazione regionale. L'ospedale rappresenta il presidio sanitario la cui missione fondamentale è rappresentata dalla diagnosi e cura di patologie tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ad alta integrazione e concentrazione nel tempo e nello spazio di risorse umane e tecnologiche.

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, con le funzioni di osservazione e breve degenza e di rianimazione. Contemporaneamente, devono essere garantiti interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia), primo soccorso pediatrico e ostetrico. Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali. Inoltre, il Presidio Ospedaliero è preposto al trattamento di patologie acute, comprendente anche il trattamento post acuto di riabilitazione che, per complessità e/o intensità delle cure rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

L'Ospedale è dotato di autonomia gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'azienda.

**Il Dipartimento di Salute Mentale** (di seguito DSM) è la struttura unitaria attraverso cui l'Azienda assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento.

Il DSM offre i suoi servizi ai cittadini di ogni fascia d'età ed attua i suoi interventi in un sistema di rete interistituzionale che coinvolge anche altri servizi e strutture dell'Azienda nonché tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla tutela della salute mentale (Enti, Istituzioni, Associazioni e Cooperative del privato sociale ed imprenditoriale, Associazioni di familiari e utenti, gruppi di aiuto e di mutuo aiuto). Il DSM è pertanto in grado di rispondere all'intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento e svolge, in maniera coordinata ed integrata, attività di prevenzione dei disturbi psichici, nonché di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per i cittadini affetti da disturbi mentali.

**Il Dipartimento Dipendenze** (di seguito Ser.D) ha il compito di fornire assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali (es: gioco d'azzardo, sostanze stupefacenti e psicotrope) in grado di creare dipendenze patologiche, al fine di promuovere uno stile di vita sano, offrendo sempre e comunque risposte alle richieste di aiuto ai nostri cittadini.

**Il Dipartimento di Prevenzione** organizza e promuove le attività di tutela della salute collettiva e di prevenzione primaria in tutte le realtà in cui è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, intervenendo

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

per rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale. Persegue obiettivi fondamentali quali la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita. Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura dipartimentale aziendale (disciplinata dalle Norme Nazionali e da quelle Regionali) dotata di autonomia gestionale, organizzativa e contabile, organizzata per centro di costo, ai sensi dell'art.7 e successivi del D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

La Regione Campania ha ritenuto i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica del Dipartimento (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.), elementi strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle AA.SS.LL.

L'Azienda, inoltre, opera mediante strutture private accreditate, presenti nel territorio aziendale: Case di Cura, Hospice, RSA, Strutture ambulatoriali, Strutture riabilitative ex art.26 L.833/1978, Strutture riabilitative psichiatriche.

### **3.6 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance**

In conformità a quanto disposto dal D. Lgs. 150/09 e s.m.i., concernente "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", ed in applicazione dell'art.7, è attivo un sistema di misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura organizzativa nel suo complesso nonché la valutazione annuale dei dirigenti.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, connessi al sistema di controllo di gestione e sistema informativo, riguarderà:

- ❖ l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- ❖ la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- ❖ l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- ❖ la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

L'Azienda utilizza un sistema di programmazione e verifica dei risultati attraverso un documento di indirizzo e orientamento dei comportamenti delle articolazioni organizzative verso logiche multidimensionali (strategia aziendale, volume e qualità delle prestazioni, efficiente utilizzo delle risorse, partecipazione a progetti, organizzazione e sviluppo delle capacità professionali, ecc.).

Nell'ASL Napoli 3 Sud la performance viene misurata:

- ❖ a livello complessivo aziendale, rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;

- ❖ a livello di singola Unità Operativa, per le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- ❖ a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale, sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance assolve ad una pluralità di scopi:

- ❖ migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi,
- ❖ introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali,
- ❖ rafforzare il sistema di orientamento dei comportamenti e di responsabilizzazione degli operatori,
- ❖ rappresentare, misurare e rendere trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali.

Conseguentemente i processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono con riferimento sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa, con risultati che si integrano con la valutazione della performance individuale, effettuata secondo le procedure ed i criteri che saranno concordati con le Organizzazioni Sindacali, ai fini del riconoscimento della premialità.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è fondato su elementi essenziali quali gli obiettivi, gli indicatori, l'infrastruttura di supporto, il processo, gli strumenti, gli ambiti di valutazione e la pubblicità.

## L'Albero della performance

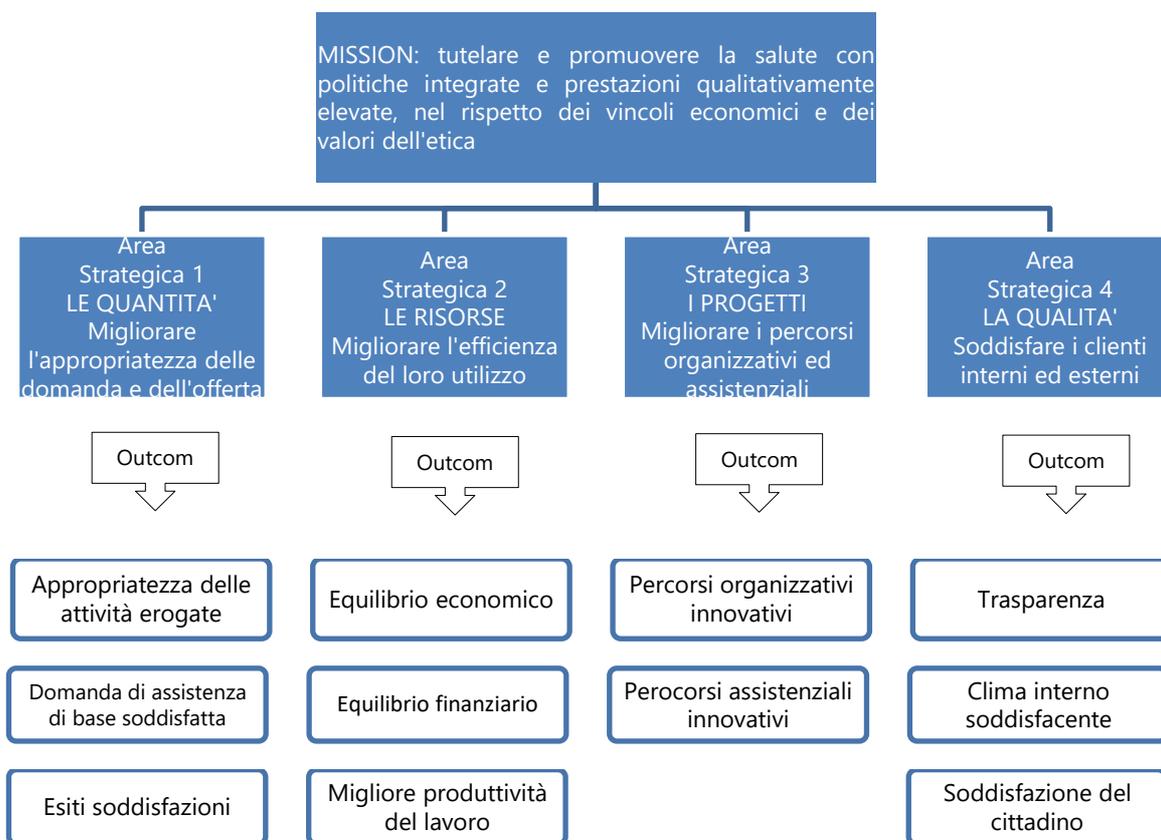


Figura 28 – L'albero delle performance dell'ASL Napoli 3 Sud

## Misurazione e valutazione della performance

Per le finalità di questo piano è utile definire e distinguere le attività di misurazione da quelle di valutazione. Per misurazione si intende l'attività di quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati e degli impatti da questi prodotti su utenti e stakeholder, attraverso il ricorso a indicatori. Per valutazione si intende l'attività di analisi e interpretazione dei valori misurati, che tiene conto dei fattori di contesto che possono avere determinato l'allineamento o lo scostamento rispetto ad un valore di riferimento. Misurazione e valutazione della performance sono attività distinte ma complementari, in quanto fasi del più ampio

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

Ciclo della Performance. La figura seguente illustra il ciclo complessivo.



Figura 29 – Il ciclo della performance

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

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

## La misurazione e valutazione della performance organizzativa

La misurazione della performance organizzativa è riferita a tre diverse unità di analisi:

- ❖ amministrazione nel suo complesso;
- ❖ singole unità organizzative dell'azienda;
- ❖ progetti finanziati da fondi extra aziendali.

Si ricorda, tra l'altro, che ai sensi del nuovo articolo 19 del d.lgs. 150/2009 alla retribuzione della performance organizzativa deve essere destinata una quota delle risorse del fondo relativo al trattamento economico accessorio. Un utile elemento di riferimento per tutte le tre unità di analisi è l'attività quale insieme omogeneo di compiti, realizzato all'interno di una stessa unità organizzativa, caratterizzato da:

- ❖ un output chiaramente identificabile, che per l'azienda può essere un prodotto o servizio;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ un input, ossia dalle risorse utilizzate per realizzare l'output che possono includere risorse umane, finanziarie o strumentali.

L'attività può essere vista come una unità elementare comune a tutte e tre le unità di analisi sopra declinate. La figura illustra questo legame.

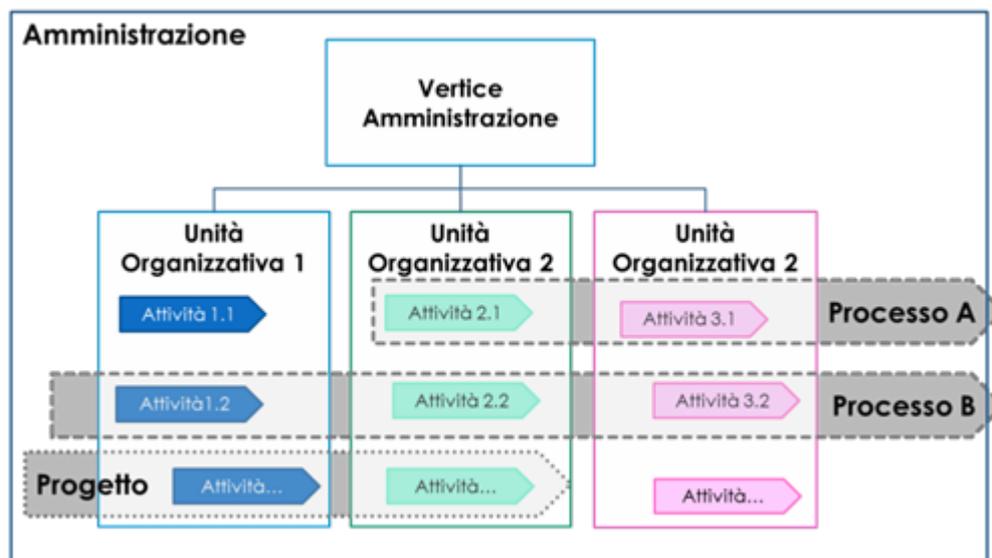


Figura 30 – Il legame tra le unità di analisi

L'attività è un utile elemento per la misurazione e valutazione della performance per diverse ragioni:

- ❖ l'attività è un elemento più stabile rispetto alla struttura organizzativa. Se la misurazione viene legata alle attività, nel momento di un cambiamento organizzativo è sufficiente trasferire la responsabilità della performance associata ad una data attività da un'unità organizzativa all'altra;
- ❖ misurare le attività sulla base di un comune glossario, consentirebbe di individuare buone pratiche nella gestione, favorendo il miglioramento della performance.

## Gli indicatori

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

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

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

### **Lo stato delle risorse**

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

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

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

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

## 3.7 I requisiti degli indicatori

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

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

### Obiettivi

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

### Infrastruttura di supporto

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati di supporto, garantendone la tracciabilità. È responsabilità della Struttura che governa il datawarehouse aziendale sovrintendere i processi di monitoraggio e quindi di valutazione della Performance organizzativa. A tal fine il datawarehouse aziendale è uno strumento prioritario di gestione dei dati di attività e di costo dettagliati a livello delle Unità Operative aziendali.

Il processo di misurazione e valutazione segue uno schema logico-temporale, il ciclo di gestione della performance, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, che sono poi validati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) come previsto dall'art. 14 del L. Lgs 150/2009, le cui fasi sono:

- ❖ definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- ❖ collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- ❖ monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- ❖ utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- ❖ rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Gli OIV forniscono, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al SMVP. Più nel dettaglio, anche alla luce della disciplina introdotta con il d.lgs. 74/2017, le funzioni attribuite agli OIV sono:

- ❖ presidio tecnico metodologico del SMVP che si esprime prevalentemente attraverso la formulazione del parere vincolante sul SMVP, la validazione della Relazione sulla performance e la Relazione annuale sul funzionamento del Sistema;
- ❖ valutazione della performance organizzativa, effettuata nel rispetto degli indirizzi espressi in queste linee guida;
- ❖ monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica dell'andamento della performance dell'amministrazione rispetto agli obiettivi programmati e segnalazione all'organo di indirizzo politico dell'esigenza di interventi correttivi;
- ❖ proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice e trasmissione all'organo di indirizzo politico-amministrativo.

In riferimento al ruolo dell'OIV, è opportuno che il disegno del SMVP tenga conto di due requisiti essenziali per la sua efficacia: condivisione, fra OIV e amministrazione, delle modalità ottimali per consentire all'OIV il pieno e autonomo accesso alle informazioni rilevanti e alla conoscenza dei fenomeni gestionali e amministrativi.

Da sottolineare che non devono confondersi le responsabilità proprie dell'OIV con quelle proprie dei dirigenti. I dirigenti sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati.

Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto:

- ❖ il Piano triennale delle Performance;
- ❖ il Documento delle direttive per l'anno di riferimento;
- ❖ la Metodologia aziendale del processo di budget;
- ❖ il Sistema di misurazione e valutazione individuale;
- ❖ la Relazione annuale sulla Performance.

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

## Il percorso aziendale

Il sistema di programmazione e controllo di gestione può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l'Azienda formula e articola gli obiettivi aziendali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento. La Struttura Controllo di Gestione, sulla base dell'articolo art. 20 della L.R. 56/94, applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica.

Il sistema adottato si articola nelle quattro fasi fondamentali di:

- ❖ pianificazione/programmazione;
- ❖ formulazione del budget;
- ❖ svolgimento e misurazione dell'attività;
- ❖ valutazione.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

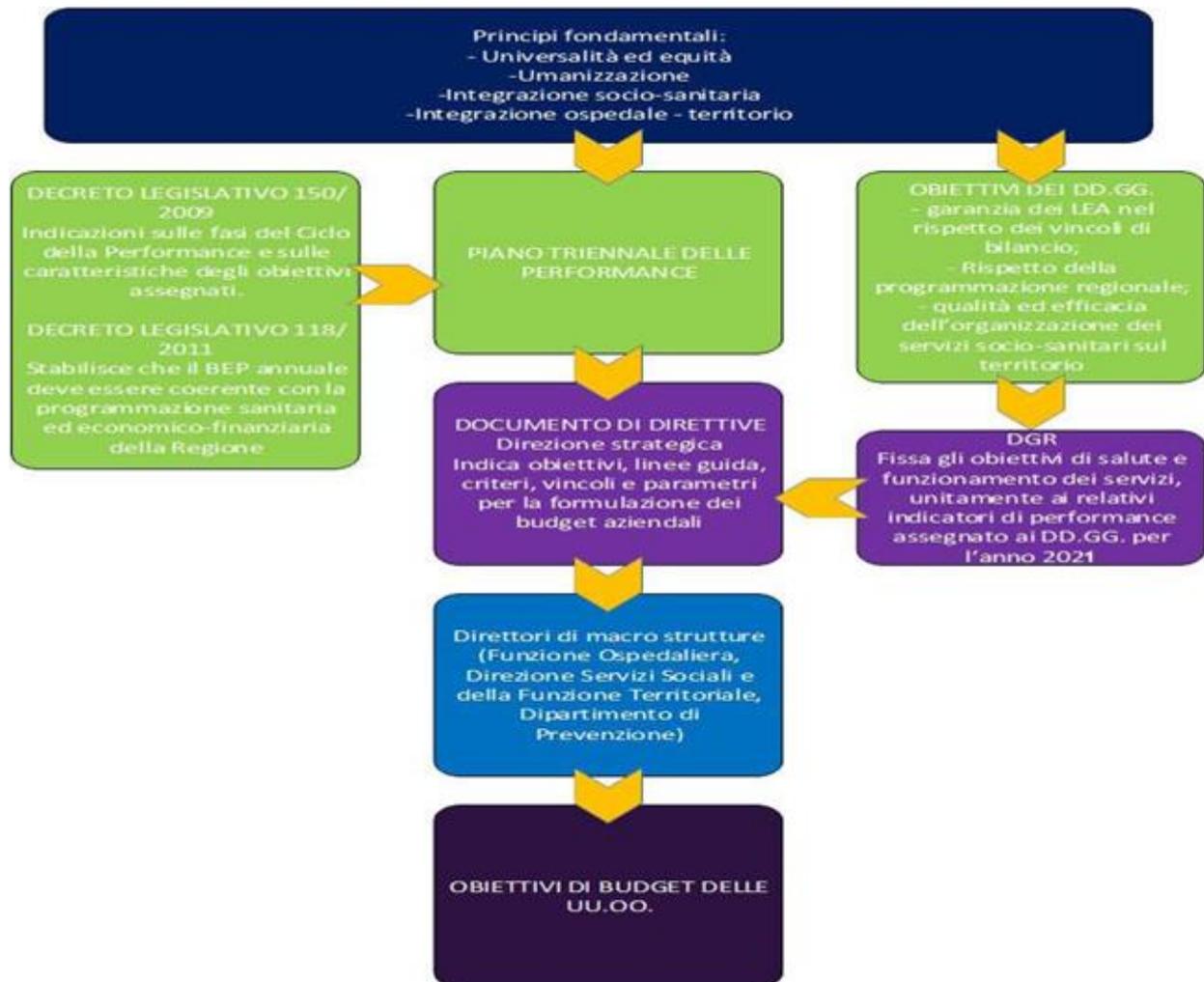


Figura 31 – L'integrazione socio/sanitaria ed ospedale/territorio

## La fase di pianificazione/ programmazione

Entro il 31 gennaio di ogni anno viene predisposto il Piano della Performance quale documento di programmazione strategica triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi. Il Piano è elaborato dalla Direzione Strategica con il supporto tecnico dell'UUOCC individuate ed adottato con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

Come rappresentato nel grafico che segue, la programmazione strategica tiene conto delle risorse assegnate, in un quadro di sostenibilità economica, favorendo l'innovazione, lo sviluppo, l'efficienza e l'efficacia delle azioni aziendali.



Figura 32 – La fase di pianificazione/ programmazione

In coerenza con le indicazioni derivanti dalla normativa nazionale e regionale, le principali aree di sviluppo strategico che l'ASL Napoli 3 Sud intende perseguire nel prossimo triennio sono quelle individuate nella DGR riguardante gli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali e che l'Azienda s'impegna a garantire e, ove possibile, a migliorare nel biennio successivo.

Il Piano della Performance comprende il Documento delle Direttive che esplicita per l'anno in corso gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. La definizione degli obiettivi aziendali è strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere necessariamente coerenti con le risorse economiche disponibili e definite con il Bilancio Economico Preventivo.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## Il percorso di definizione degli obiettivi aziendali

La definizione e negoziazione degli obiettivi di performance organizzativa, riguarda ogni singolo Macrostruttura (Dipartimenti Strutturali, Dipartimenti funzionali, Aree Strategiche), e avviene tra la Direzione Strategica e le Macrostrutture con il supporto della UOSD Misurazione e Valutazione delle Performance.

La definizione e negoziazione degli obiettivi di performance operativa riguarda ogni Struttura Complessa (UU.OO.CC.) e Struttura semplice Dipartimentale (UU.OO.SS.DD.) e avviene tra il Direttore della Macrostruttura e i Direttori/Responsabili delle Unità Operativo ad essi afferenti.

Ciascun responsabile deve essere coadiuvato da propri collaboratori professionali.

## Valutazione dei risultati ottenuti

Alla chiusura del ciclo della performance, entro il mese di febbraio dell'anno successivo, si procede alla misurazione dei risultati ottenuti rispetto ai programmati in tema di performance organizzativa, operativa ed individuale, sia a livello complessivo aziendale che di ciascuna unità operativa.

La valutazione della performance organizzativa è collegata alla valutazione della performance individuale che misura l'apporto al raggiungimento degli obiettivi di struttura ed è effettuata dal diretto superiore del valutato.

La valutazione della performance organizzativa di Unità Operativa e individuale è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante.

Entro il 30 giugno di ogni anno deve essere inoltre redatta la Relazione sulla Performance (prevista dal D. Lgs. 150/2009) che evidenzia con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti. Nella Relazione sono rendicontati ed evidenziati la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e una sintesi dei risultati della valutazione individuale del personale dipendente nel rispetto dei principi di trasparenza, veridicità e verificabilità dei contenuti.

La Relazione sulla Performance viene validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione ed approvata ed adottata con Deliberazione del Direttore Generale, successivamente la UOC Gestione Risorse Umane può provvedere, sulla base dell'esito della validazione, all'erogazione economica della retribuzione variabile di risultato.

## Il timing del processo

L'Azienda ha iniziato il processo di negoziazione obiettivi performance 2025 già nel mese di dicembre 2024 attraverso una serie di incontri con i Direttori di Macrostrutture e la Direzione Strategica sulla base delle proposte della UOSD Misurazione e Valutazione delle Performance sulla scorta degli obiettivi affidati al Direttore Generale in sede di nomina e delle valutazioni delle principali iniziative da perseguire nell'anno declinate nelle schede specifiche.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

Si riporta di seguito il **timing del processo** descritto:

ANNO X:



ANNO X+1:



Figura 33 – Il timing del processo

## 3.8 L'individuazione degli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici hanno un comune denominatore: l'appropriatezza. Tale dimensione è trasversale rispetto alle aree strategiche e alla struttura dell'ASL in quanto costituisce un principio comune che deve guidare lo sviluppo strategico aziendale. Il concetto di appropriatezza all'interno di quest'azienda si declina come appropriatezza clinica e appropriatezza organizzativa.

Per appropriatezza clinica si intende il ruolo strategico che ASL riveste come "acquirente esperto" secondo criteri di efficacia comparativa ed economicità e come soggetto investito dalla norma del compito di garante della tutela della salute sul territorio di riferimento.

Tale dimensione viene presidiata attraverso la formulazione e la gestione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali e la promozione dell'educazione all'appropriatezza clinica-professionale. Il raggio di azione di questa dimensione abbraccia tutte le componenti dei servizi sanitari e sociosanitari il governo della farmaceutica.

Per appropriatezza organizzativa si fa riferimento all'adeguatezza dei livelli di erogazione ed all'efficienza della gestione e riguarda il complesso della realtà aziendale.

### Il paziente in età pediatrica

Accanto alle tradizionali attività proprie della pediatria delle cure primarie (cura delle patologie acute non complesse che pure rimangono causa frequente di consultazione) sono emerse nuove priorità nell'assistenza primaria:

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Minori con patologie croniche, gravi disabilità e/o malattie rare complesse. L'aumento della sopravvivenza di neonati altamente pretermine (<32 sett. di età gestazionale), il miglioramento della assistenza specialistica per i bambini con patologia grave e il maggiore passaggio in cura dall'ospedale all'area delle cure primarie, sono alla base di questo fenomeno;

Minori con disturbi del neuro-sviluppo e della salute mentale, questi ultimi in aumento soprattutto in età adolescenziale.

Questi pazienti rappresentano ormai il "core" dell'attività territoriale, impegnano risorse economiche sempre più ingenti e richiedono la definizione di linee guida e percorsi ad hoc progettati per la loro assistenza.

Vengono fissati per il triennio 2022-2024 i seguenti obiettivi organizzativi, il cui monitoraggio è di specifica competenza dell'UOC Controllo di Gestione:

- ❖ l'integrazione tra ospedale e territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati (rete delle malattie croniche in età evolutiva), attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale;
- ❖ la rimodulazione dell'assistenza territoriale per rispondere ai bisogni di cura dei bambini/adolescenti e per favorire l'adeguamento professionale e formativo del pediatra e degli infermieri; definire una rete sociosanitaria che integri i consultori, i servizi sociali, la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del bambino e dell'adolescente;
- ❖ la promozione e adozione di percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a Linee Guida scientificamente validate, orientati all'appropriatezza e alla qualità delle prestazioni erogate.

Tutto questo si realizza attraverso l'area pediatrica e le sue specifiche fasi cioè l'ambiente in cui il sistema sanitario si prende cura del neonato, del bambino e dell'adolescente, costituito da strutture e personale con caratteristiche peculiari per l'età evolutiva potenziando le attività materno infantili ed in particolari i consultori familiari.

### **La fase preconcezionale**

L'Azienda si prefigge l'obiettivo di promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare e potenziando e valorizzando le attività consultoriali.

Le sedi consultoriali costituiscono infatti un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, e rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- Numero di consultori che attivano spazi dedicati alla prevenzione nella fascia di età 20-34 anni/totali.
- ❖ Organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità;
  - Numero di consultori che attivano un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni azienda.
- ❖ Promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare;
  - Numero di consultori che attivano un progetto di promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva all'interno degli spazi dedicati alla prevenzione.
- ❖ Garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia;
  - Numero di consultori che garantiscono l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia.

### **La fase prenatale**

Le cure prenatali forniscono una base di partenza per importanti attività di assistenza sanitaria, tra le quali promozione della salute, procedure di screening e diagnosi, e prevenzione delle malattie.

La fase di concepimento e la successiva gravidanza hanno una particolare importanza per l'adattamento e per costruire la salute di base del bambino. I nove mesi prima della nascita hanno un'influenza pregnante sulla salute in età avanzata.

Durante la gravidanza, parto e primo anno di vita sono in gioco le basi della salute fisica, psichica e relazionale dei bambini e futuri cittadini, la salute della società e pertanto sono indispensabili specifici corsi di accompagnamento alla nascita.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Intervento nutrizionale: emanazione di linee di indirizzo per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, e raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne;
  - Numero linee di indirizzo o informative emanate sulla corretta alimentazione e sui corretti stili di vita in gravidanza (almeno due linee di indirizzo all'anno).

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'attivazione della diagnostica prenatale specifica del primo trimestre, sulla base delle più recenti Linee guida (come previsto dai LEA 2017), con l'obiettivo di attivare la diagnostica prenatale in almeno il 20% delle aziende sanitarie regionali;
  - Numero di UUOO che attivano la diagnostica prenatale.
- ❖ Aumento fino al 15 % del numero delle donne che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale e DtP;
  - Numero pazienti gestanti che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e DtP (aumento del 15%).
- ❖ Riduzione di almeno il 20% delle sepsi precoci da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B (SBEGB);
  - Monitoraggio delle sepsi precoci da SBEGB.
- ❖ Consentire alla donna in gravidanza di operare scelte informate, basate sui propri bisogni e i propri valori;
  - Numero delle donne/copie che hanno seguito Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN).

### **La tutela della nascita**

La gravidanza ed il parto sono momenti centrali e rilevanti per la donna e per la famiglia, e vanno vissuti con serenità confidando nella qualità del Servizio Sanitario Regionale e nelle competenze dei suoi professionisti. Per questo motivo, occorre :

- ❖ investire risorse per ottimizzare il percorso nascita;
- ❖ un forte impegno contro gli elementi di inappropriata assistenza sanitaria;
- ❖ promuovere l'integrazione ospedale-territorio;
- ❖ implementare Corsi di Accompagnamento alla nascita;
- ❖ predisporre un Libretto della gravidanza condiviso e informatizzato può contribuire ad un'ulteriore riduzione del ricorso improprio al Taglio Cesareo.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Garantire una diffusione omogenea di corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio e allattamento materno, inserendo nel corso una sezione per la depressione post-partum;
  - Numero di percorsi formativi attivati per Distretto.
- ❖ Favorire dimissioni protette delle puerpere e dei neonati facilitando il ritorno al territorio, promuovendo le visite domiciliari da parte delle ostetriche del territorio;
  - Numero di consultori che effettuano Home visiting.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Garantire l'accoglienza del neonato con il contatto pelle a pelle (skin to skin) in Sala Parto (SP) e Sala Operatoria (SO);
  - Formalizzare specifici PDTA inerenti le tematiche del percorso nascita in accordo con le linee guida ministeriali: PTDA VBAC (parto spontaneo dopo cesareo); PTDA EPP (gestione emorragia post partum); PTDA (disordini ipertensivi in gravidanza).

### **Il paziente cronico e/o fragile**

Occorre programmare un modello assistenziale costruito per categorie omogenee e affiancare in un'unica dimensione i fattori comuni di condizioni quali la cronicità e la fragilità.

La cronicità è espressione, tuttavia, di una patologia identificata, la cui evoluzione naturale è storia conosciuta dalla medicina e si inquadra in genere perfettamente nel disegno di un percorso diagnostico terapeutico valido di massima per tutti i pazienti.

La fragilità attiene a fenomeni di scompenso psico-fisico generalmente temporanei o limitati nel tempo o può, nel tempo, sovrapporsi ad una cronicità complicandone la storia naturale, anzi rendendola meno prevedibile. Due facce di una stessa medaglia nella nostra visione perché necessitanti di un percorso complessivo di presa in carico multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale, insomma un team. Entrambe richiedono integrazioni di servizi con un primario gestore del processo che viene individuato nel Medico di Medicina Generale o nel Pediatra di Libera Scelta. È intorno a questo nucleo centrale Medico/Paziente che si dipanano i setting assistenziali domiciliari, residenziali, ambulatoriali, alternandosi nella variabilità dell'espressione della malattia e ricondotti sempre all'unità dal case manager.

L'ASL riconosce come propedeutica nei processi assistenziali di cronicità e di fragilità la figura del case manager, descritto nel corrispondente PDTA di cura, identificandolo nel MMG/PLS o nell'infermiere professionale in UCCP, nell'ambulatorio distrettuale, o delle cure domiciliari.

### **La presa in carico del paziente**

Il paziente territoriale cronico/fragile è preso in carico dal proprio MMG/PLS che conosce la storia clinica, le condizioni socio-ambientali e familiari, desideri e aspettative.

Il rapporto Medico/Paziente è regolamentato dal Codice deontologico, dalle normative nazionali in materia professionale, dagli Accordi Nazionali e Regionali, dalle leggi in materia di privacy e di trasparenza. La presa in carico avviene di norma nell'ordinario rapporto MMG/PLS che nel triennio a venire si arricchisce per la costituzione di aggregati funzionali (AFT) o organizzati (UCCP) individuati sull'intero territorio regionale.

I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) rappresentano uno strumento di clinical governance che, attraverso l'implementazione delle migliori evidenze scientifiche nei contesti reali, permette di ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e organizzativi incrementando l'appropriatezza, contribuendo al disinvestimento da sprechi e inefficienze e migliorando gli esiti di salute.

Un ruolo importante è costituito dal PDTA sulla BPCO, approvato con DCA n. 24/2017, come provvedimento pilota

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

che coniugasse le criticità emerse dall'analisi dell'applicazione dei PDTA già adottati e il nuovo Piano di sviluppo delle Cure Primarie che ha previsto, fra l'altro, che ogni AFT possa essere dotata delle risorse per l'erogazione della diagnostica strumentale di primo livello nell'ambito dei PDTA definiti a livello regionale. Con il DCA n. 1 del 17.01.2018 è stata approvata la revisione del PDTA sulla BPCO. È stato dato, quindi, avvio alle attività di implementazione del PDTA sulla BPCO attraverso un progetto denominato "AGIRE" che ha previsto, fra l'altro, la formazione di due medici di Assistenza Primaria per ogni AFT a cui affidare l'effettuazione della spirometria di I livello nell'ambito del percorso assistenziale. Il progetto regionale si propone di realizzare il Piano Operativo del PDTA BPCO, migliorare l'appropriatezza diagnostica e l'aderenza terapeutica realizzando un percorso formativo e gestionale per la Presa In Carico (PIC) del Paziente da parte della Medicina Generale e della Specialistica pneumologica. In questo contesto un ruolo centrale è sviluppato dal Distretto, come elemento di snodo organizzativo che, attraverso le nuove strutture delle Cure Primarie, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), si attiva coerentemente con i contenuti del PDTA per:

- ❖ Definire gli obiettivi di salute della BPCO e la loro priorità nel contesto sanitario locale;
- ❖ Individuare le risorse strumentali e formative necessarie alla realizzazione del percorso del paziente;
- ❖ Definire e comunicare l'organizzazione di dettaglio del Percorso del Paziente e la localizzazione dei setting sanitari;
- ❖ Assicurare l'integrazione con gli strumenti di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);
- ❖ Effettuare il monitoraggio delle attività e degli indicatori di processo ed esito di competenza.

La presa in carico unitaria e continua deve garantire l'accompagnamento del paziente anche cronico lungo tutta l'evoluzione della patologia e della condizione di bisogno assistenziale: fanno parte integrante di essa il contrasto al dolore, e le cure palliative.

La porta di ingresso al distretto si conferma essere la PUA. La Porta Unitaria di Accesso, costituita ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento: la porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico gate-keeper.

La PUA, oltre ad essere un "luogo funzionale", è anche un "luogo fisico", facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di front-office, con attività di accoglienza dei cittadini, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali, della modulistica e delle modalità di accesso ai servizi.

Le sedi di presa in carico delle tematiche complesse sono confermate nelle Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM) e nelle Unità di Valutazione Bisogni Riabilitativi (UVBR) che devono essere garantite in tutti i distretti, in forma multidisciplinare e multiprofessionale. L'UVMM, già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi, effettua la valutazione multidimensionale impiegando un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

(MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM risulta composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMMG/PLS del paziente, l'assistente sociale; essa rappresenta una categoria logica, non un gruppo di persone; può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, Cure Domiciliari non prestazionali. La UVMM non è solo un momento clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse. È l'UVMM, infatti, che stabilisce in quale ambito di cura va posizionato il caso; e non garantisce soltanto l'accesso, ma anche la mobilità all'interno del sistema, in quanto l'approccio migliore è quello che consente di muoversi virtuosamente verso momenti assistenziali che a parità di efficacia individuano la ricerca di efficienza quale fattore discriminante.

Le funzioni di indirizzo e di gestione della presa in carico dei MMG e PLS

Le AFT già individuate sul territorio dell'ASL Napoli 3 Sud sono 30.

Al loro interno sono individuati, oltre al coordinatore, come per legge, medici referenti per le maggiori patologie croniche:

- ❖ Cardiovascolari;
- ❖ Respiratorie;
- ❖ Metaboliche.

Come già previsto dal progetto "AGIRE" applicativo del PDTA per la BPCO, la Regione, all'atto dell'adozione di nuovi PDTA, si impegna a istituire percorsi formativi all'interno dei nuclei di AFT affinché per le principali patologie croniche sia definito un medico referente che funga da consulente di primo livello per la patologia in esame. Attraverso percorsi di telemedicina e teleconsulenza, il referente di AFT è collegato a specialisti attivi nelle UCCP o in livelli superiori, anche ospedalieri, per consulti, consulenze o per il passaggio in cura in caso di stato complesso della patologia. Sistemi informatici di rete permetteranno il colloquio tra professionisti, la trasmissione di referti, immagini, documentazioni, secondo le vigenti norme di privacy, archiviate in un sistema cloud confluyente, infine, nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Come per l'area adulti, anche per l'area pediatrica, si programma la costituzione delle AFT.

Per quanto riguarda le UCCP pediatriche, esse sono state già programmate nel DCA n. 103/2018 (Piano della Rete Ospedaliera) in forma sperimentale per soddisfare un bisogno assistenziale intermedio, tale da intercettare inappropriati afflussi all'AORN Santobono ed ai presidi aziendali regionali.

### **Figure coinvolte**

Per la presa in carico globale del paziente sono state coinvolte svariate figure professionali, i cui ruoli sono definiti nella Delibera di specifica competenza, al fine di individuare specifiche aree di responsabilità e di collaborazione inter ed intra professionali:

Indicatori di Processo e Obiettivi:

- ❖ Numero di pazienti presi in carico/ totale pazienti con almeno 2 patologie croniche;
- ❖ Visite specialistiche multidisciplinari effettuate;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Numero di piani individuali di cura programmati/ totale pazienti presi in carico;
- ❖ Numero di counseling sociale/totale pazienti presi in carico Indicatori di Esito;
- ❖ Numero di persone prese in carico con tele-monitoraggio domiciliare/ numero di pazienti con scarso controllo di patologia;
- ❖ Riduzione tasso di ospedalizzazione per complicanze di patologie croniche
- ❖ Riduzione accessi in Pronto Soccorso;
- ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come da PDTA regionale;
- ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista da PDTA regionale;
- ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (ace inibitori, sartani o betabloccanti) come previsto da manuale PDTA ministeriale;
- ❖ Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previsto dal manuale PDTA ministeriale;
- ❖ Percentuale di pazienti diabetici che eseguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance della creatinina, fondo oculare, come previsto da PDTA aziendale;
- ❖ Percezione del servizio sociosanitario erogato.

### **I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali**

Con i Programmi Operativi 2016-2018 e il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021, si è proceduto ad una sistemazione programmatica del quadro complessivo dell'offerta sociosanitaria per Disabilità e Non autosufficienza, con la declinazione puntuale e l'aggiornamento dei fabbisogni in base alla popolazione residente al 01.01.2018 (fonte dati ISTAT) per ciascun setting assistenziale. Inoltre, sono state avviate azioni di riqualificazione del sistema attraverso la ridefinizione dei requisiti e vocazioni assistenziali, coerentemente con il progetto Mattoni e il DPCM 17/01/2017 (Aggiornamento dei LEA).

Tali azioni hanno già consentito un progressivo incremento di offerta di strutture e posti letto di nuova autorizzazione, ad un aggiornamento e sistematizzazione della disciplina per i setting residenziali R1, R3, R2D, RD2, e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata. Inoltre, è in fase di approvazione il decreto commissariale per le unità di cure estensive (R2).

I percorsi riabilitativi già definiti e adottati (per Ictus, frattura del femore e BPCO) individuano le modalità e condizioni di appropriato ricorso ai setting residenziali e semiresidenziali, nonché ambulatoriali e domiciliari sociosanitari quali naturali e ordinari strumenti di assistenza in continuità e coerenza con i percorsi di cura. Nel

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021 è dettagliato il programma di incremento dell'offerta residenziale e semiresidenziale distinto per i diversi setting ed intensità di cure.

## **3.9 L'area delle disabilità**

I servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per disabilità complesse (art. 34 DPCM 12/01/2017 Aggiornamento LEA) sono caratterizzati in Campania dalla presenza storica e consolidata di servizi per la Riabilitazione estensiva cosiddetta ex art. 26, e da una quota significativa di RSA per Disabili.

Il sistema d'offerta si presenta con le seguenti caratteristiche:

- ❖ Servizi per la riabilitazione residenziali e semiresidenziali: esclusivamente privati accreditati;
- ❖ Servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali: in parte essi sono disponibili in quanto tali; in buona parte però le prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali vengono erogate da strutture ex art. 26, che provvisoriamente sono abilitate a erogare tali prestazioni (con corrispondente remunerazione) laddove la permanenza in struttura superi i 240 giorni. Di fatto i setting residenziali e semiresidenziali per disabili sono sostanzialmente lo sbocco della riabilitazione, che in gran parte accoglie i pazienti per periodi lunghi.

## **L'area di non autosufficienza ed anziani**

In Campania l'assistenza per la Non Autosufficienza si caratterizza per la disponibilità di strutture residenziali Residenze Sanitarie Assistite e di Centri Diurni Integrati per Anziani. L'offerta presenta sia strutture private accreditate che pubbliche. Le RSA per Anziani sono riconducibili alla classificazione R3 del progetto Mattoni utilizzata dal flusso FAR del NSIS. Le prestazioni sono remunerate in compartecipazione con i Comuni/Ambiti sociali o con gli utenti se hanno condizioni economiche adeguate. È attiva anche la tipologia R1, che comprende le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), che in generale è rivolta a tutte le condizioni che patologie caratterizzate da alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità e che necessitano di trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario. Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Attivazione del setting R2;
- ❖ Disciplina del setting R2;
- ❖ Incremento posti letto R3 e R2D;
  - Posti letto attivi, pubblici o accreditati, al termine del triennio.
- ❖ Incremento giornate assistenza.
  - Indicatore 9.1 griglia LEA, posti letto equivalenti.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## L'area delle cure palliative

L'offerta residenziale deve essere assicurata dagli Hospice.

È necessario rafforzare e qualificare la presa in carico del paziente attraverso il rafforzamento dei Coordinamenti aziendali per le cure palliative e il loro raccordo con la rete oncologica e i servizi per la non autosufficienza. I coordinamenti aziendali, che coordinano la rete aziendale per le cure palliative, devono essere costituiti con le funzioni indicate dalla Legge n. 38/2010 e da delibera regionale n. 275 del 2011.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Costituzione dei coordinamenti aziendali per le cure palliative;
  - Atti organizzativi delle AASSLL.
- ❖ Incremento dei posti letto attivi Hospice;
  - Numero posti letto attivi.
- ❖ Attivazione Day Hospice.
  - Disciplina del setting Day Hospice.

## L'assistenza domiciliare

Le Cure Domiciliari Integrate in Campania hanno raggiunto livelli più che adeguati (2,67% anziani trattati in ADI su popolazione anziana residente – anno 2017), come mostra il trend in crescita negli ultimi anni dell'indicatore S05 della griglia LEA, che già dal 2016 ha superato la soglia attesa di 1,88% di anziani over 65 anni in trattamento come risulta dal SIAD, non solo per effetto della migliore alimentazione del flusso informativo.

I valori dell'indicatore S04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – risultano al di sotto dei valori attesi, specialmente per i livelli di minore intensità CIA 1 e 2, ma tale performance come si comprende da un'analisi più accurata dei dati, mostra che ciò è vero soltanto per i soggetti sotto i 65 anni di età, per i quali invece la presa in carico è adeguata in tutti i livelli di intensità assistenziale.

I livelli di intensità 3 e 4 (cure palliative) sono allineati ai livelli attesi (da questionario LEA).

La lettura congiunta dei dati mostra come il sistema sia in grado di offrire assistenza sufficiente e adeguata, come risultato di una maggiore vocazione all'assistenza storicamente rivolta agli anziani e a bisogni di maggiore complessità. Questa connotazione è da considerarsi fattore di qualità del sistema erogatore, quale presupposto di miglioramento quali-quantitativo delle cure domiciliari integrate.

Ferma restando la scelta regionale di privilegiare la popolazione anziana e con bisogni complessi e più intensivi di assistenza, è opportuno incrementare in generale la capacità di presa in carico in cure domiciliari integrate compresi i livelli di minore intensità e anche a favore di aree di bisogno ulteriori, specialmente gli Adulti nelle fasce di età maggiormente a rischio di insorgenza di patologie in grado di determinare condizioni di non autosufficienza nelle fasi successive (es. patologie neurodegenerative), di minori e disabili complessi con elevato bisogno di assistenza medica e infermieristica.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Incremento delle prese in carico erogate per pazienti under 65 anni;
  - SIAD 04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – per tutti i soggetti e under 65 anni;
- ❖ Incremento prestazioni mediche per cure palliative domiciliari;
  - Numero di prese in carico domiciliari per 1.000 abitanti, per intensità di cura – Questionario LEA;
  - Accessi medici palliativisti flusso SIAD.

### **La salute mentale**

L'orientamento all'innalzamento della qualità dei servizi, soprattutto nella loro capacità di presa in carico globale e riabilitativa, induce a sviluppare e sostenere la diffusione di programmi di salute mentale improntati alla recovery e all'innalzamento del funzionamento sociale, anche in accordo al PANSM 2013, affinché i servizi di salute mentale aggiornino i loro modelli operativi.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Sviluppo dei PDTA per Esordi Psicotici e Schizofrenia, e per DCA, finalizzati ad ottenere il più alto grado di recovery dell'utente;
  - Adozione dei PDTA per Esordi Psicotici, Schizofrenia e Disturbi Comportamento Alimentare;
  - Misurazione degli esiti e della recovery con specifici strumenti (es. RAS, Recoverystar, HoNos);
- ❖ Riduzione del numero di TSO e deospedalizzazione;
  - Indicatori rilevati da SISM.

### **I disturbi del neurosviluppo in età evolutiva**

Nella seduta del 13.11.2014, la Conferenza Unificata ha approvato il documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", recepito dalla regione Campania con DCA n. 45/2015.

Sulla scorta degli indirizzi nazionali, con il citato decreto commissariale è stata emanata la disciplina relativa alle "Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)".

L'art. 25 del DPCM 12 gennaio 2017, di definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce che ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è garantita, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, l'individuazione precoce e proattiva del disturbo, l'accoglienza, la valutazione diagnostica e la presa in carico multidisciplinari attraverso la definizione, l'attuazione e la verifica di un programma terapeutico individualizzato,

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate negli ambiti di attività elencati nel citato articolo.

L'art. 32 del citato DPCM individua i trattamenti terapeutico-riabilitativi da garantire in regime residenziale e semiresidenziale, previa valutazione multidimensionale.

L'obiettivo prioritario è quello di proseguire con il rafforzamento e qualificazione dei servizi territoriali per la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in coerenza con il Piano Territoriale, dove è ribadita la priorità della costituzione dei servizi pubblici territoriali per le finalità di cui all'art. 25 e art. 32 del DPCM 12.01.2017, per la diagnosi dei disturbi e la presa in carico globale e multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie, integrando in programmi individualizzati i vari interventi (riabilitativi e socioriabilitativi, terapeutici, farmacologici, psicologici e psicoterapeutici, ecc.).

Alla luce dell'esperienza maturata, l'ASL Napoli 3 Sud ha l'obiettivo di prendere in carico i pazienti con disturbi del neuro-sviluppo attraverso i Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (NNPIA), i quali, oltre ad effettuare la diagnosi clinica e funzionale dei soggetti autistici, predispongono Progetti Assistenziali Individuali (PAI) in cui vengono definiti i trattamenti adeguati per intensità e durata, laddove ne esistano le indicazioni.

I Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (NNPIA), sulla base delle caratteristiche dei pazienti, formulano un Progetto Assistenziale Individuale (PAI) che ha la durata di 180 gg con rivalutazione intermedia a 90 giorni. Allo scadere dei 180 gg si effettua la rivalutazione del paziente e alla eventuale definizione di un nuovo Progetto Assistenziale Individuale. Nel PAI vengono indicati il numero di ore settimanali e i setting di trattamento: contesti strutturati di vita (domicilio, scuola, ecc.) ed (eventualmente) ambulatoriali.

Nel percorso di presa in carico globale dei pazienti con diagnosi di "Disturbi dello Spettro Autistico", ASL Napoli 3 Sud oltre ai trattamenti riabilitativi ex art. 26 L. 833/78 promuove un progetto che prevede l'utilizzo di metodiche di comprovata validazione.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Costituzione e attivazione delle unità distrettuali, almeno una per azienda completa di tutte le figure professionali;
  - Atti dell'Azienda di costituzione;
- ❖ Verifica periodica dello stato di attuazione del percorso riabilitativo con rivisitazione del paziente ed eventuale dimissione o passaggio ad altro livello di cura;
  - Numero di pazienti rivisitati.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## Le dipendenze patologiche

Gli indicatori LEA non mostrano particolari criticità del sistema di erogazione.

Con DCA n. 86/2016 è stato approvato il Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche teso al potenziamento dei Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.) promuovendo la capillarizzazione territoriale e la riqualificazione professionale e strutturale.

In modo complementare, secondo obiettivi di qualificazione anche del sistema privato di cura, e una logica di presa in carico integrata, con DCA n. 76/2017 si è provveduto all'approvazione di nuovi requisiti strutturali ed organizzativi oltre all'adeguamento delle tariffe connesso alla qualità dei nuovi requisiti, dei servizi residenziali e semiresidenziali del privato provvisoriamente accreditato. Successivamente con Decreti del Commissario ad acta nn. 32, 39 e 40 si è provveduto all'accREDITAMENTO definitivo di tutte le Comunità Terapeutiche provvisoriamente accreditate. Con queste azioni, tra loro strettamente interconnesse, si è voluto dare una sistematizzazione qualitativa al sistema di offerta pubblico privato in ragione dei nuovi bisogni di salute emergenti e nel rispetto del DPCM 12.01.2017 (nuovi LEA).

Il numero dei cittadini in carico per dipendenze da sostanze è rilevato attraverso il Sistema Informativo Dipendenze (SID), mentre il numero di cittadini in carico per disturbo da gioco d'azzardo da anni è monitorato attraverso una rilevazione semestrale con tutte le AASSLL.

Inoltre al fine di adeguare il sistema di offerta alla domanda reale del bisogno di salute si è conclusa una puntuale ricognizione degli invii in Comunità diviso per tipologia assistenziale da cui è emersa l'esigenza di un aggiornamento del fabbisogno delle diverse tipologie di assistenza residenziale e semiresidenziale, come da Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Obiettivo: Promozione di stili di vita salubri e iniziative di prevenzione sulle problematiche delle dipendenze patologiche – Istituzione di Centri Diurni semiresidenziali a bassa soglia under 30;
  - Indicatore: Attivazioni di almeno un centro dedicato alle nuove sostanze e/o alle dipendenze comportamentali;
- ❖ Obiettivo: Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell'utenza afferente;
- ❖ Obiettivo: Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extra-Regionali.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## Il paziente oncologico

La Regione Campania ha programmato con DCA n. 98/2016 la propria Rete Oncologica, i cui assi portanti sono rappresentati da:

- ❖ Centralità del paziente;
- ❖ Presa in carico integrata Ospedale/Territorio;
- ❖ Approccio Multidisciplinare;
- ❖ Innovazione.

L'attenzione crescente ai bisogni complessi del paziente oncologico, comprese le sfide legate alla lungo-sopravvivenza e la progressiva cronicizzazione configurano le dimensioni entro cui dispiegare l'azione programmatoria per il prossimo triennio.

Il Piano di riorganizzazione della ROC ha inteso rimodulare e riqualificare l'offerta al fine di garantire all'utenza oncologica della Regione il livello di assistenza di qualità che preveda:

- ❖ Equità di accesso;
- ❖ Appropriatelyzza di setting di cure, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- ❖ Integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera;
- ❖ Procedure di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficacia ed economicità.

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici si stima una incidenza di neoplasie annue pari a oltre 30.000 casi con un tasso di mortalità in Campania che oggi si discosta decisamente dalla media nazionale.

La scarsa organizzazione del percorso diagnostico terapeutico per la maggior parte delle neoplasie oncologiche e la mancata sistematizzazione della domanda e dell'offerta, sono stati le principali cause del fenomeno della migrazione sanitaria.

La frammentazione delle casistiche in un numero eccessivo di strutture, in particolare per la chirurgia, rappresenta probabilmente, una delle principali cause della maggiore mortalità che la Regione Campania intende superare e migliorare.

Altri fattori di criticità evidenziano:

- ❖ La bassa compliance agli screening per tumori di cervice, mammella e colon-retto;
- ❖ Difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura;
- ❖ Frazionamento dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento. Per superare tutto questo e offrire ai propri cittadini una adeguata sanità in area oncologica, la Regione Campania ha avviato la costruzione della propria Rete regionale già nel corso nell'anno 2018, predisponendo una serie di documenti costitutivi, programmatori, organizzativi e tecnici che rappresentano le infrastrutture della ROC.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## L'implementazione della rete oncologica

I documenti finora prodotti, quali necessari fondamenti per l'implementazione e la governance della ROC sono costituiti da:

- ❖ DCA n. 98 del 20.09.2016, che ha istituito della Rete Oncologica Campana, secondo il modello del Comprehensive Cancer Center Network individuando quattro PDTA per i tumori coperti da screening;
- ❖ DCA n. 19 del 05.03.2018, che ha aggiornato i preesistenti 4 PDTA e ne ha definito in tutto 13 (65% dei tumori incidenti in Campania) e definito un cronoprogramma per le azioni successive;
- ❖ DCA n. 89 del 05.11.2018, che ha ampliato il numero dei PDTA, portandoli a 19 e inserito documenti tecnici relativi a nutrizione e tumori eredo familiari.

La Regione ha inoltre approntato la mappa dei GOM istituiti e afferenti alla ROC. Lo strumento di governo della ROC è rappresentato dalla Piattaforma informatica realizzata in house che permette accesso differenziato a operatori e utenti che condividono l'esecuzione del PDTA del rispettivo paziente. Altri livelli di accesso sono previsti per gli utenti/cittadini/pazienti per le necessarie informazioni. In piattaforma saranno disponibili tutti i documenti tecnici prodotti dalla ROC per idonea consultazione. Ogni procedura di accesso e di trasmissione dati sarà protetta in ordine alla privacy come previsto per legge. L'implementazione della piattaforma informatica della ROC e la contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio rappresentano l'end point dell'implementazione della ROC.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Implementazione della piattaforma informatica della ROC e contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio;
  - Numero di GOM attivi sulla piattaforma valutati alla fine di ogni semestre;
  - Numero di MMG attivi in piattaforma;
- ❖ Riduzione della frammentazione chirurgica ai sensi del PNE;
  - Adozione documento di programmazione mappe chirurgiche della ROC.

## Il paziente acuto e post-acuto

L'assistenza in ambito ospedaliero ha rappresentato in Regione Campania negli anni passati il riferimento centrale dei processi di cura, in maniera sicuramente distorta ed inappropriata, fino a generare tassi di ospedalizzazione non giustificabili, di per sé portatori di un gravame di risorse che seguivano passivamente l'andamento della domanda. Una scarsa rispondenza dei servizi di continuità assistenziale e le poche effettive esperienze di rete della medicina generale non hanno mai fatto sentire al cittadino la presenza di una quota di servizio sanitario che non fosse l'ospedale.

Un'analisi della domanda e dell'appropriatezza dei setting di cure ha permesso anche di tradurre in PACC i 108

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

DRG ad elevato rischio di inappropriatazza dal mese di agosto 2018.

## La salute nella comunità

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 860 del 29.12.2015, e successivo DCA n. 36 del 01.06.2016 è stato adottato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, predisposto secondo indicazioni del Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 approvato con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131.

Il Piano Regionale della Prevenzione definisce un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, attraverso interventi, volti a garantire un invecchiamento attivo e in buona salute, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita (approccio life-course), nei luoghi di vita e di lavoro (approccio per setting) con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile, ponendo le popolazioni e gli individui al centro delle azioni.

L'elemento strategico di innovazione, che sarà ribadito nel prossimo PRP, sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione (nella sua generale declinazione su tutti i servizi socio-sanitari del territorio, sviluppata e/o orientata dai Dipartimenti di Prevenzione) affermando il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del Welfare.

## La promozione della salute

Per il raggiungimento degli obiettivi di promozione alla salute di cui al Piano Nazionale di Prevenzione 2014- 2018 prorogato al 2019, sono previste azioni su molteplici tematiche con particolare riferimento agli interventi finalizzati all'implementazione del programma "Guadagnare Salute" che ha l'obiettivo di promuovere e facilitare l'assunzione di abitudini e stili di vita salutari nell'ottica della prevenzione delle principali MCNT (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, obesità, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili quali la sedentarietà, la scarsa attività fisica, la scorretta alimentazione, il fumo di tabacco e l'abuso di alcol.

Tenuto conto del preoccupante aumento, già dall'età pediatrica, di sovrappeso-obesità, ipertensione e diabete, condizioni strettamente correlate con l'alimentazione e con l'insufficiente attività fisica, in un'ottica di intersectorialità si prevede la stipula di accordi a livello regionale con istituzioni non sanitarie relativamente alle attività di promozione della salute al fine di facilitare l'adozione di stili di vita sani nella prospettiva di "Salute in tutte le Politiche".

In particolare, emerge la necessità di rivolgere particolare attenzione ai problemi peculiari legati alla sedentarietà di tutte le fasce di età della popolazione, secondo un approccio life course.

A tal fine si reputa necessario stipulare un Protocollo di intesa con il CONI e con le SCUOLE, nell'ambito delle specifiche prerogative sancite dall'atto statutario dell'Ente medesimo, che può quindi svolgere un ruolo.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## La salubrità di alimenti, acque e mangimi e la sanità pubblica veterinaria

Le attività di controllo mirate a garantire la salubrità degli alimenti ad uso umano, incluse le acque potabili, nonché gli alimenti destinati all'alimentazione zootecnica, sono pianificate nei Piani pluriennali Nazionali Integrati (PNI) e nelle relative appendici regionali (PRI) ai sensi dell'articolo 41 del Regolamento (CE) n. 882/2004, oggi articolo 109 del Regolamento (UE) n. 625/2017.

Il PRI definisce gli obiettivi e la politica regionale in materia di sicurezza alimentare, la sanità pubblica veterinaria e la sanità delle piante, descrivendo il Sistema di Gestione dei Controlli Ufficiali (S.G.C.U.) svolti nel corso del periodo di vigenza. Il PRI include anche gli obiettivi strategici e operativi del Piano Regionale di Prevenzione. I controlli sono mirati a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, diretti o veicolati dall'ambiente, a garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e tutelare gli interessi dei consumatori. Le strutture regionali incardinate nella Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del SSR ed i Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL rappresentano le Autorità Competenti (AC) nella programmazione ed attuazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. n. 193/2007. I dati relativi alle attività di controllo, espletate ogni anno dalle AASSLL sulla base di documenti di programmazione regionale e territoriale (DPAR – DPAT), elaborati secondo criteri di priorità in relazione alle risorse disponibili, sono inseriti in tempo reale in un sistema informatico gestionale (GISA) che alimenta le banche dati regionali. I dati sui controlli, estratti ed analizzati dall'Osservatorio Regionale per la sicurezza alimentare (ORSA), struttura di supporto alla Regione, consentono funzione di monitoraggio e programmazione oggettivamente efficaci. Il monitoraggio prevede una cadenza trimestrale, eventualmente intensificata in occasione di particolari criticità. Il sistema GISA consente, altresì, anche all' Azienda l'estrazione dei dati per monitorare l'andamento degli obiettivi operativi assegnati dalla programmazione regionale. Il sistema GISA è, altresì, adeguato alla cooperazione con gli altri sistemi informativi della PA, in particolare del Ministero della Salute e prevede l'inserimento delle attività anche di altri organi di controllo (NAS, Corpo Forestale dello Stato, Guardia di Finanza, Nucleo anti Frodi, Capitaneria di Porto, Polizia stradale).

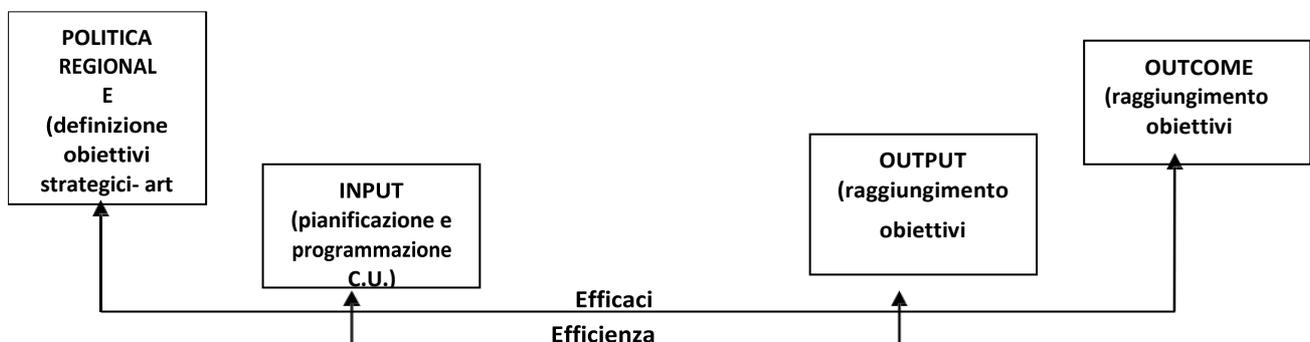


Figura 34 – Macro-processo CU – Sistema dei controlli ufficiali

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
**Triennio 2025 - 2027**  
*(art. 6 del DL 80/2021)*

Macroaree							
Alimenti	Sanità animale	Mangimi	Benessere animale	Sanità delle piante	Sotto prodotti	Farmaci veterinari	Altro
Settori							
Sicurezza degli alimenti di origine animale	Anagrafe	Mangimi	Benessere Animale	Controlli sul territorio	Sotto prod ottidi origine animale	Farmacovigilanza	
Sicurezza degli alimenti NON di origine animale	Malattie infettive e parassitari		Speriment. Animale	Fitosanitari	Materiale specific	Farmaco sorveglianza	Ambiente
Qualità merceologica	Riproduzione animale						
Produzioni Agroalimentari							Sistemi
Acque potabili e Minerali							
Nutrizione umana							
Alimenti destinati a una							
Materiali a contatto con gli							

Ai fini di una corretta programmazione dei controlli ufficiali, tutti gli stabilimenti/aziende le cui attività ineriscono la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria sono categorizzati in base al rischio accertato o ex ante. Sono previste cinque classi di rischio a cui corrispondono appropriate frequenze, modalità, tecniche ed intensità dei controlli ufficiali a farsi, secondo il criterio che ad un più alto rischio corrisponde una maggiore frequenza ed intensità di controllo. Le categorie sono divise in base ad un punteggio assegnato in occasione della sorveglianza, calcolato automaticamente attraverso check list inserite nel sistema informatico GISA, secondo il seguente schema:

Categorie di rischio	
da 0 a 150	Categoria di rischio 1
da 151 a 250	Categoria di rischio 2
da 251 a 350	Categoria di rischio 3
da 351 a 450	Categoria di rischio 4
oltre 451	Categoria di rischio 5

Ad un punteggio più elevato corrisponde un rischio più elevato e le imprese rientranti in tale categoria sono soggette a controlli più frequenti (ispezioni, audit) rispetto a quelle di categoria di rischio inferiore. Tale criterio di programmazione consente di mirare i controlli e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse dell'AC.

Per consentire una adeguata distribuzione del personale addetto alle attività di controllo è stato standardizzato a livello regionale un sistema di calcolo delle performance, sia individuali che di struttura, che consente valutare la congruità del personale disponibile e di elaborare il piano triennale dei fabbisogni delle AASSLL per garantire l'esauritivo espletamento delle attività di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Il sistema, approvato in occasione del Piano Regionale Integrato 2011-2014 (DGRC n. 377/2011), ha subito nel PRI

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

2015-2018 (DGRC n. 617/2015), poi prorogato a tutto il 2019, i necessari correttivi sulla base di alcune criticità emerse nel corso della sua applicazione. Il sistema consente di verificare, in occasione della programmazione regionale annuale, le potenzialità dei servizi territoriali a livello capillare e di intervenire sulle Direzioni strategiche aziendali, qualora emergano carenze di personale, per sollecitare il reclutamento nelle forme previste.

Alla valutazione di carattere quantitativo delle risorse umane, attraverso il citato sistema di calcolo delle performance, si associa il monitoraggio sulla qualità delle prestazioni attraverso il Piano degli audit interni e delle attività di verifica dell'efficacia. Il sistema regionale di verifica dell'efficacia dei controlli prevede, infatti, sia audit interni, sia apposite "supervisioni" secondo le procedure stabilite con il Decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro sanitario DCA n. 97/2010, effettuati dal Nucleo Regionale dei Controlli Ufficiali (Nu.Re.C.U.). La Regione (ACR) trasmette alle AASSLL (ACL) un programma di audit e di supervisioni elaborato secondo i seguenti criteri:

- ❖ nei quattro anni tutte le AASSLL e tutti i settori del "audit universe";
- ❖ valutazione del rischio legato a pericoli emergenti del territorio;
- ❖ follow up di audit precedenti.

Il livello qualitativo delle prestazioni del personale medico e veterinario incaricato dell'esecuzione dei controlli ufficiali viene elevato attraverso un'intensa attività di formazione. Quest'ultima, oltre che nelle iniziative delle singole AASSLL, trova attuazione nel Piano formativo annuale regionale affidato sia l'IZSM che, per le materie di rispettiva competenza, ai Centri di riferimento regionali, sedi operative del Polo Didattico Integrato.

Tra gli obiettivi strategici regionali è prioritario l'ottenimento per la Regione della qualifica di territorio ufficialmente indenne da brucellosi, tubercolosi e leucosi bovina enzootica. Attraverso la consulenza dell'IZSS e la condivisione con il Ministero della Salute ed i competenti centri di riferimento nazionali è stato elaborato un Piano straordinario che prevede misure particolari quali:

- ❖ Definizione e standardizzazione delle misure di biosicurezza per gli allevamenti bufalini per contrastare l'ingresso e l'uscita degli agenti patogeni;
- ❖ Identificazione delle aree a rischio attraverso criteri di natura epidemiologica nelle quali attuare misure straordinarie;
- ❖ Protocolli diagnostici maggiormente efficaci nell'identificazione degli animali infetti della specie bufalina;
- ❖ Realizzazione della banca genetica dell'intero patrimonio bufalino campano per contrastare le movimentazioni irregolari e la sostituzione di capi infetti con i sani.

Anche in materia di igiene urbana veterinaria e di prevenzione e controllo del fenomeno del randagismo la Regione ha inteso dotarsi di un Centro regionale di riferimento (DGRC n. 209/2010 - CRIUV), considerandone le attività di particolare interesse per le ripercussioni sia di carattere sanitario che sociale. Oltre alle funzioni tipiche dei Centri di riferimento, quali l'affiancamento, la formazione del personale delle AASSLL, il CRIUV eroga prestazioni di elevata complessità e monitora costantemente tutti i canili presenti nel territorio regionale, assicurandone il rispetto delle

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, nonché l'esatto allineamento con l'anagrafe canina regionale. Altro obiettivo strategico è il controllo del fenomeno dell'antimicrobico resistenza in attuazione dell'intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra le Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 novembre 2017 recante il "Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017- 2020" che declina indicazioni omogenee per le Regioni e le Province Autonome. In questo contesto si colloca il DMS dell'8 febbraio 2019 concernente le modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità del farmaco veterinario e dei mangimi medicati. Ai fini del controllo della ricetta elettronica in termini numerici e di congruenza con i farmaci prescritti, è stato attivato un piano di monitoraggio di farmacovigilanza che prevede il controllo del 33% all'anno delle aziende zootecniche, così da garantire in tre anni il controllo dell'intero patrimonio zootecnico. In merito alle aziende zootecniche con autorizzazione alla scorta farmaci, così come le parafarmacie, le farmacie, i depositi, sia con vendita all'ingrosso che al dettaglio, e le strutture veterinarie con scorta, il controllo è attuato con cadenza annuale sul 100% delle imprese esistenti. Nel corso dei controlli ufficiali viene verificata l'appropriatezza e la congruenza della ricetta. In sostanza non essendo prevista più la ricetta cartacea, presso le AASSLL non corre più l'obbligo di registrare e numerare le ricette in quanto tale compito è già assolto dal sistema elettronico nazionale, che consente un conteggio puntuale ed immediato di tutto ciò che riguarda il farmaco veterinario.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Gestione del rischio delle filiere agro-alimentari e della rete idrica potabile;
  - Riduzione del livello medio della categoria di rischio assegnato alle imprese del settore agro-alimentare.
- ❖ Eradicazione delle malattie infettive degli animali con riduzione del fenomeno del 10% rispetto all'anno precedente;
  - Numero aziende zootecniche coinvolte nei programmi di profilassi;
  - Riduzione del 10% della prevalenza di infezione dell'anno precedente per la tubercolosi e brucellosi.
- ❖ Riduzione del fenomeno del randagismo canino;
  - Riduzione numero dei cani vaganti con allineamento agli indici nazionali.

### **La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale**

Scopo primario della sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale è favorire azioni di prevenzione primaria: identificare possibili fonti ambientali di rischio per la salute delle popolazioni e proporre la loro rimozione e/o mitigazione. L'identificazione di possibili correlazioni tra fonti di rischio e salute, ricerca che richiede tempi spesso lunghi e procedure complesse.

Una corretta e non generica sorveglianza epidemiologica mirata si concretizza attraverso:

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ Identificazione puntuale, di aree territoriali a rischio specifico per fattori di rischio puntuali; analisi della letteratura evidenziano che in genere si tratta di microaree geografiche e non di macroaree di grandi dimensioni;
- ❖ Identificazione, nelle aree identificate a rischio, di effetti sanitari definiti e con possibile correlazione ai fattori di rischio individuati;
- ❖ Indicazione di misure puntuali, sanitarie e non, mirate a fornire una risposta specifica al problema rilevato ed al rischio identificato.

A queste considerazioni di carattere generale, si aggiungono alcune considerazioni riferite alla patologia oncologica. Questa si caratterizza per essere una patologia cronico degenerativa a genesi multifattoriale e con lunghi tempi di latenza: in tale multifattorialità l'ambiente può rivestire un ruolo determinante. Negli studi di epidemiologia oncologica appare opportuno, inoltre, considerare che a fronte di una generica definizione di "patologia neoplastica" ci si confronta quotidianamente con oltre 230 diversi tipi di tumori tra loro distinti per cancerogenesi, sedi/organi interessati, tempi di latenza. La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale implica la conoscenza e la puntuale definizione degli elementi in studio, tra cui i principali:

- ❖ Caratterizzazione del rischio ambientale riferito al territorio che si va a sorvegliare: tipologia dell'inquinante rilevato e sue vie di diffusione;
- ❖ Complessità delle interazioni ambiente/cancro che si vanno a realizzare: vie di trasmissione inquinante/soggetto esposto, tempi di esposizione, fattori confondenti;
- ❖ Strumenti di epidemiologia che si intendono utilizzare: tipologia degli indicatori di rischio e degli indicatori di esito, metodologie di analisi, misure per la definizione del rischio.

La realizzazione dei punti sopra indicati implica come preconditione la messa a sistema dei flussi informativi sanitari da utilizzare in ambito di sorveglianza epidemiologica: Schede di Dimissioni Ospedaliere, dati di incidenza oncologica, di mortalità, generale e causa specifica, dati riferiti a malformazioni congenite.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Implementare sull'intera azienda un sistema di sorveglianza epidemiologica continua correlata a rischio ambientale. Strutturazione per fini epidemiologici dei flussi informativi in ambito sanitario: Schede di Dimissione Ospedaliera, dati di mortalità generale e specifici per causa, dati di incidenza oncologica prodotti dalla Rete di Registrazione Oncologica Regionale, dati prodotti dal Registro Regionale delle malformazioni e difetti congeniti;
  - Pubblicazione di un atlante aziendale di incidenza oncologica, con dettaglio comunale, per il periodo 2008/2018;
  - Pubblicazione di un atlante aziendale di mortalità generale e specifico per causa, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2018;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

- Pubblicazione di un atlante aziendale dei Ricoveri Ospedalieri, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2018;
- ❖ Georeferenziazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale;
  - Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale.

## 3.10 Le politiche di prevenzione

### Le politiche di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili

Il PRP 2014-2018 include principalmente azioni finalizzate all'implementazione di programmi di Promozione della Salute che mirano all'assunzione di sani stili di vita in contrasto verso i principali determinanti delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT): cattiva alimentazione, sedentarietà, fumo, l'abuso di alcol.

In particolare, nel Programma B, è prevista l'Azione B.5, "Migliorare la salute delle persone con aumentato rischio di MCNT attraverso un adeguamento del sistema d'individuazione del target e grazie all'adesione a proposte di miglioramento comportamentale o di trattamento farmacologico "con l'identificazione e la presa in carico dei pazienti a rischio di MCNT. Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità regionale del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" con interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni.

Nello specifico il programma B del PRP 2014-2018 prevede una serie di interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni. Ciò rappresenta un'opportunità nel campo della prevenzione perché propone accanto all'analisi del rischio cardiovascolare (sul modello della "carta del rischio") una valutazione degli stili di vita e di una serie di parametri (pressione arteriosa, altezza, peso, BMI, ecc.) su popolazione sana nella coorte dei 50enni al fine di indirizzare i soggetti selezionati a percorsi di prevenzione e diagnostico-terapeutici appropriati.

Il programma B - azione B.5 del PRP 2014-2018 prevede attività finalizzate all'identificazione e alla presa in carico dei soggetti a rischio di MCNT al fine di ridurre il carico prevedibile ed evitabile di morbosità, mortalità e ulteriore disabilità in tali soggetti, anche attraverso la promozione e la diffusione dell'attività fisica, utile per la prevenzione di numerose patologie e disturbi e per la promozione del benessere.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

condizioni di rischio aumentato per MCNT” che prevede interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni;

- Numero di soggetti ad alto rischio individuati ed avviati agli ambulatori/centri di cardiologia per la valutazione, la diagnosi e la terapia;
- Numero di counselling sull'adozione di corretti stili di vita promossi nei soggetti a rischio medio  
Numero materiale informativo sulle conoscenze e l'adozione di corretti stili di vita consegnato ai soggetti a rischio basso;
- ❖ Promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) alle caratteristiche di soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata ridotta autonomia funzionale con la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate;
  - Numero di strutture, individuazione da parte dei Distretti, che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate al fine della creazione della rete territoriale.

### Le politiche di prevenzione delle patologie oncologiche

La prevenzione delle patologie oncologiche, così come tutte le patologie croniche non trasmissibili, si esplica prioritariamente in attività di prevenzione primaria che, nello specifico, sono principalmente rappresentate dalla lotta al fumo di tabacco, attivo e passivo, e dalla messa in atto di azioni finalizzate alla educazione a corretti stili di vita, quali attività fisica e corretta alimentazione.

Oltre a tali attività di prevenzione primaria il campo dove maggiormente, e più immediatamente, è possibile acquisire risultati tangibili è il campo della prevenzione secondaria: anticipazione diagnostica di patologie oncologiche in fase preclinica; tale azione si traduce, in molti casi, in guarigione clinica ed in altri in un significativo aumento della sopravvivenza netta per malattia.

Tali risultati sono ampiamente dimostrati per tre patologie neoplastiche: tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina, per i quali sono stati validati gli specifici Screening Organizzati di Popolazione.

La sopravvivenza oncologica e la qualità di vita dei pazienti affetti da patologia oncologica sono significativamente influenzati da due elementi prioritari: anticipazione diagnostica e qualità del successivo percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Relativamente ai tre tumori per i quali sono stati validati gli screening organizzati di popolazione, la Regione Campania presenta un significativo differenziale (negativo) della sopravvivenza oncologica rispetto al POOL Italiano dei Registri Tumori (dati AIRTUM): mammella -3,5, cervice uterina -2,5, colon retto -5,5 punti percentuali di sopravvivenza netta a cinque anni dalla diagnosi; inoltre, in riferimento al tumore del colon retto, non si evidenzia in Campania il trend temporale in diminuzione del tasso di incidenza annuo, trend che è influenzato da un efficiente screening organizzato di popolazione e che è presente in altre macroaree geografiche dell'Italia.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

Obiettivo della presente linea di attività è strutturare sull'intero territorio regionale un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori oggetto di screening organizzati di popolazione, mirato a:

- ❖ anticipare la diagnosi del tumore della mammella e migliorare la sopravvivenza oncologica e qualità di vita alle pazienti affette da tale neoplasia;
- ❖ ridurre l'incidenza dei tumori della cervice uterina e del colon retto attraverso la rilevazione e rimozione delle rispettive lesioni precancerose, spostare le diagnosi iniziali di tali tumori agli stadi iniziali della malattia, migliorare la sopravvivenza e qualità di vita dei pazienti affetti da tali patologie.

In merito alla sopravvivenza va rilevato che attualmente la Regione Campania, rispetto alle altre regioni italiane, presenta una sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi significativamente più bassa, rispetto alla media nazionale, proprio per i tumori screening detected. Nel caso del tumore del colon retto e della cervice uterina lo screening non solo ha dimostrato una potente azione di anticipazione diagnostica e aumento della sopravvivenza, ma anche una significativa azione di prevenzione primaria: con la rimozione precoce di lesioni precancerose se ne impedisce la progressione verso la cancerizzazione, ottenendo l'importante risultato della riduzione della incidenza dei tumori del colon – retto e della cervice uterina. Relativamente allo screening della cervice uterina la Regione Campania ne ha avviato il passaggio dal Pap test al test HPV per la popolazione in età 30/64 anni.

In coerenza con quanto stabilito nel "Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019- 2021" la Regione, entro 90 giorni dalla sua approvazione, definisce un Programma Regionale degli screening oncologici, comprensivo sia della ricognizione che del potenziamento dei singoli centri che effettuano tali screening. Per pervenire a tale programma è già in corso di adozione un apposito decreto commissariale con il quale, da un lato, si avvia la ricognizione della struttura di offerta per screening oncologici da parte delle Aziende:

- ❖ La definizione puntuale dei carichi di lavoro attesi, inerenti le singole procedure dei programmi di screening, relativamente al I e II livello, per ciascuna ASL;
- ❖ La definizione degli standard relativi alle figure professionali da dedicare alle specifiche attività, con relativo monte ore da impegnare in rapporto ai carichi di lavoro attesi;
- ❖ Le modalità di accesso allo screening, le procedure di invito e di chiamata, le azioni di recall e quant'altro necessario per raggiungere elevati livelli di adesione;
- ❖ Il monitoraggio dell'aderenza delle attività di screening a quanto previsto nei corrispettivi PDTA di patologia oncologica;
- ❖ Strutturare sull'intero territorio regionale, un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori screening detected, mirato a migliorare la sopravvivenza oncologica per i tumori della mammella, migliorare la sopravvivenza e ridurre l'incidenza relativamente ai tumori della cervice uterina e del colon retto;
- ❖ Coinvolgere i MMG nel percorso di sensibilizzazione e di chiamata attiva della popolazione target, con adesione obbligatoria alle campagne di screening promosse dalla Regione, utilizzando procedure

concordate attraverso accordi definiti nel Comitato Regionale ex art. 24 e nelle forme e modalità previste nel redigendo AIR;

- ❖ Dare impulso allo screening HPV secondo quanto previsto dal DCA n. 39 del 03.05.2019 "Approvazione Linee di indirizzo per lo Screening del cervico-carcinoma con TEST HPV DNA";
- ❖ Condurre analisi epidemiologiche e comportamentali, anche per l'identificazione di determinanti socio-ambientali che determinano resistenza culturale all'adesione alle campagne di screening e profilare le persone "non aderenti" al fine di predisporre azioni mirate per migliorare la loro adesione ai test, anche mediante i principi dell'Health Equity Audit.

#### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Rimodulazione procedure operative;
- ❖ Screening del colon retto;
  - raggiungimento di una estensione del 90% e di una adesione al 30%.
- ❖ Screening della mammella fascia di età 50/69 anni;
  - raggiungimento di una estensione dell'85% e di una adesione del 40%.
- ❖ Screening della mammella fascia di età 45/49;
  - raggiungimento per fascia di età 45/49 anni, indicata nel DCA n. 38/2016, di una estensione dell'85% e di una adesione del 30%.
- ❖ Screening della cervice uterine;
  - raggiungimento di una estensione dell'85% e di una adesione del 35%.
- ❖ Programmazione di corsi di formazione annuali per i tre screening; particolare attenzione sarà dedicata alla formazione degli operatori dello screening del cervicocarcinoma in considerazione del passaggio dello screening dal Pap Test all'HPV test, su tutto il territorio regionale;
  - Documento di formalizzazione corsi di formazione.
- ❖ Anticipazione diagnostica e miglioramento della sopravvivenza oncologica dei tre tumori oggetto di screening organizzato di popolazione;
  - Aumento significativo su base regionale delle percentuali di stadiazione iniziali delle neoplasie oggetto di screening.
- ❖ Raggiungimento per i tre screening di una estensione reale dell'85% e di una adesione del 60%;

- ❖ Implementazione sull'intero territorio regionale dello screening per il cervico carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni;
- ❖ Identificazione delle famiglie a rischio genetico, come previsto dal PDTA dei tumori eredo familiari, in modo universale per i pazienti affetti da K ovaio e colon, e secondo categorie di rischio per la mammella. Si istituirà un registro delle mutazioni incidenti sul territorio regionale. I centri di genomica regionali saranno messi in rete per soddisfare i bisogni di prevenzione eredo-familiare per colon mammella e ovaio;
  - Numero di famiglie a rischio identificate rispetto all'atteso aziendale.

## Le politiche di prevenzione delle patologie cardiovascolari

### Prevenzione infarto

Fondamentale risulta il percorso integrato Ospedale–Territorio per la gestione del Paziente con Infarto Acuto del Miocardio. Tale percorso vede impegnati gli specialisti delle UO di Cardiologia dei PP.OO dell'ASL, con l'attuazione degli indicatori di processo per la corretta gestione del paziente nel post-infarto. Sul Portale Saniarp è disponibile il Registro Infarto che viene compilato in dimissione e visibile al curante del paziente.

Prevenzione e trattamento scompenso cardiaco

Valido il percorso integrato Ospedale –Territorio per la gestione del Paziente con Scompenso Cardiaco.

Sul Portale Saniarp è disponibile la scheda on line di arruolamento paziente scompensato e possibilità da parte del MMG di prenotare la visita.

Obiettivo aziendale:

- ❖ Ridurre il numero di ricoveri per scompenso cardiaco;
  - N. di ricoveri per scompenso cardiaco con riduzione di almeno il 30 % rispetto al 2019.

## La politica del farmaco e dei dispositivi medici

La Regione Campania, nel triennio 2019-2021, per quel che concerne la governance farmaceutica ha intrapreso le seguenti azioni:

- ❖ Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata;
- ❖ Monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche;
- ❖ Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti;
- ❖ Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari;
- ❖ Attuazione della Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata;
- ❖ Farmacia dei servizi;
- ❖ Dispositivi Medici.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **Farmacia territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata**

I dati OSMED 2018, in merito alla spesa lorda pro-capite pesata erogata in regime convenzionato mostrano che la Regione Campania ha una spesa pro-capite lorda ben superiore rispetto alla media nazionale. Pertanto, tutte le azioni che la Regione Campania intende mettere in atto sono volte a ricondurre la spesa pro-capite lorda convenzionata entro la media nazionale.

In particolare, al fine di rispondere alle esigenze di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica campana è stata implementata una piattaforma di analisi dei dati, in grado di fornire risultati aggregati su tre distinti livelli: ASL, Distretto Sanitario di Base e Medico Prescrittore.

Tale reportistica da sviluppare, nel prossimo triennio comprenderà: dati di spesa e consumo; indicatori di benchmarking riferiti a ciascuno dei tre livelli di analisi (ASL, DSB, MMG) con possibilità di effettuare ulteriori approfondimenti ove necessario; indicatori relativi ai farmaci equivalenti; indicatori relativi al consumo di antibiotici (J01) così come previsto dal Decreto n. 138/2018.

Periodicamente, tale reportistica da inviare ai responsabili dei Distretti, i quali dovranno provvedere ad inoltrare all'interno delle proprie strutture le informazioni in base alle specifiche richieste.

Attraverso tale sistema sarà possibile valutare ciclicamente gli esiti delle politiche sanitarie attuate in modo da poter assegnare a ciascuna distretto specifici obiettivi da perseguire al fine di diminuire la spesa farmaceutica convenzionata entro i tetti programmati.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che monitori la spesa ed il consumo della farmaceutica convenzionata;
  - Numero di report prodotti relativi la spesa ed il consumo dei farmaci con particolare riferimento a dati di spesa e di consumo relativi alla spesa farmaceutica convenzionata stratificati per ASL, DSB e MMG.

## **Farmacia territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie**

La cronicità oggi giorno rappresenta una delle sfide prioritarie per i Servizi Sanitari Regionali. Alla luce del nuovo Piano Nazionale della cronicità risulta fondamentale che la governance farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati, abbia come mission quella di garantire al paziente un percorso di cura appropriato implementando l'aderenza alle terapie farmacologiche. Pertanto, necessita mettere in atto tutte le strategie volte al monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche al fine di migliorare la stessa ed ottimizzare la spesa farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati. A tal fine è necessario realizzare un sistema di monitoraggio che vada a valutare l'aderenza alle terapie farmacologiche per le principali patologie croniche in modo da intervenire tempestivamente sulle eventuali inappropriatezze prescrittive riscontrate.

In particolare, saranno oggetto di valutazione l'aderenza alle terapie nelle seguenti patologie croniche: Diabete, Osteoporosi, Asma e BPCO (con possibilità di integrarne ulteriori).

Inoltre, al fine di coinvolgere quanto più possibile il paziente nei percorsi di cura sarà fornita una piattaforma

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

informatica volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie. I dati dell'ASL Napoli 3 Sud per gli anni 2019, 2020 e 2021 per l'aderenza per il Diabete, per l'Osteoporosi, per la BPCO e per l'ASMA, sono pubblicati sul sito aziendale Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Definizione di nuovi obiettivi da assegnare inerenti la farmaceutica territoriale erogata in regime convenzionale che incentivino l'aderenza alle terapie farmacologiche;
- ❖ Realizzazione di Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp./CIRFF che valuti l'aderenza alle terapie farmacologiche;
  - Numero di report prodotti;
- ❖ Realizzazione di una piattaforma volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie;
  - Divulgazione dell'applicazione informativa regionale MiCuro.

### **Farmacia territoriale: farmaci equivalenti**

L'incremento dell'utilizzo appropriato dei farmaci equivalenti è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa farmaceutica all'interno del tetto di spesa programmato (7,96%), oltre che quella a carico del cittadino, in relazione alla circostanza che la quota di spesa differenziale è posta per legge in capo allo stesso. Pertanto, occorre potenziare le azioni di monitoraggio dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al periodo dell'anno precedente, verso l'andamento nazionale e all'interno della Regione e per singolo distretto. Attraverso i dati mensili rilevabili dal sistema TS- Sogei, verranno effettuate analisi dettagliate per singola classe di farmaco. Le analisi troveranno il proprio rationale anche dalla variabilità dei consumi per classi di farmaci specifici e ad alto impatto prescrittivo.

Verranno intraprese anche azioni correlate ad una corretta informazione relativamente ai farmaci equivalenti al fine di incrementare consapevolmente l'utilizzo appropriato degli stessi da parte dei cittadini.

Nell'ASL Napoli 3 Sud la percentuale di equivalente è visibile sulla pagina internet di competenza.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Promozione di percorsi formativi/informativi che coinvolgano operatori sanitari e cittadini;
  - Campagne formative/informative realizzate di concerto con il settore comunicazione supportate dai dati rilevati dal Centro Regionale di Farmacovigilanza relativamente alle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci equivalenti e non.
- ❖ Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna Distretto;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- Prevedere specifici indicatori che ciascuna distretto dovrà monitorare relativamente alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa al fine di aumentare la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti e diminuire la spesa farmaceutica (almeno del 5%/anno).

### **Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari**

I farmaci biosimilari, oggi, rappresentano un'enorme opportunità per i Servizi Sanitari Regionali al fine di recuperare risorse da reinvestire, in modo da favorire l'accesso alle cure ai pazienti. Pertanto, l'ASL per il triennio 2022-2024 dovrà potenziare quanto più possibile l'utilizzo dei farmaci biosimilari nella reale pratica clinica, sia attraverso il monitoraggio costante e continuo degli stessi che attraverso una revisione delle disposizioni normative regionali. L'incentivo all'utilizzo dei farmaci biosimilari si intende tanto nell'arruolamento dei pazienti naive, dove il medico deve indicare attraverso la piattaforma informatica regionale prescrittiva le motivazioni al non utilizzo del farmaco biosimilare o biologico con prezzo più basso nell'anagrafe delle gare messe in essere dalla centrale di committenza So.Re.Sa. SpA, quanto nell'utilizzo nei pazienti già in trattamento (switch terapeutico) secondo quanto indicato nel secondo position paper redatto dall'AIFA.

In particolare, attraverso il sistema informatico prescrittivo regionale (piani terapeutici informatizzati-Saniarp), consentirà alla Direzione Strategica e ai Direttori dei Distretti di valutare l'andamento prescrittivo per singolo Centro Prescrittore, per singolo Medico afferente allo stesso, per singolo farmaco e per specifica indicazione terapeutica. Le valutazioni prescrittive che verranno richieste ai Direttori dei Distretti (DS) dovranno tenere conto dell'andamento prescrittivo dei farmaci biosimilari rispetto ai corrispondenti farmaci biologici originator per singola indicazione terapeutica.

Inoltre, verrà valutato per singola indicazione terapeutica anche l'andamento prescrittivo del biosimilare verso altre classi di farmaci con diverso ATC, ma con medesima indicazione terapeutica.

Inoltre, i DS relazioneranno circa l'andamento prescrittivo e gli obiettivi % di utilizzo di biosimilari.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Realizzazione di un Sistema di monitoraggio che valuti l'utilizzo dei biosimilari nella reale pratica clinica
  - Numero di report prodotti.
- ❖ Definizione di nuovi obiettivi volti all'incentivazione dell'utilizzo di farmaci biosimilari. Il disposto indicherà le % di utilizzo dei farmaci biosimilari che i distretti dovranno raggiungere. Le % saranno diverse per singolo farmaco e varieranno in maniera % per anno, in quanto terranno conto sia degli obiettivi raggiunti nell'anno precedente che della patologia;
- ❖ Realizzazione di modelli specifici di approvvigionamento dei farmaci biosimilari volti all'utilizzo del farmaco a minor costo.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **Distribuzione per conto (DPC) con logistica centralizzata**

Con il DCA n. 97/2016 è stato definito l'elenco unico dei farmaci Distribuiti in nome e per Conto e la tariffa massima di remunerazione in tutta la Regione Campania.

Ciò nonostante, per quel che concerne la logistica distributiva dei farmaci dispensati in DPC, ad oggi, ogni ASL utilizza un proprio magazzino per lo stoccaggio e la distribuzione e diverse forme retributive. Al fine di ottimizzare l'intero processo, si prevede la centralizzazione della logistica del farmaco, con abbattimento delle scorte e dei relativi scaduti con un notevole minor impiego di capitale per la Regione Campania oltre che di risorse umane per singola AASSLL. La centralizzazione permetterà di ridurre ulteriormente la fuga in convenzionata dei farmaci A-PHT in quanto si centralizzeranno gli acquisti per l'intera Regione, ottimizzando i tempi necessari correlati alle procedure di gara. La centralizzazione permetterà di minimizzare i tempi di acquisizione dei farmaci A-PHT quando introdotti per la prima volta sul mercato (nuove classi di farmaci A-PHT). La stessa procedura permetterà di ottimizzare anche i tempi di acquisizione dei farmaci quando si esauriscono i contratti degli stessi già in essere a causa di variazione dei consumi dovuti per delle variazioni prescrittive, rotture di stock da parte delle Aziende Farmaceutiche ecc.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che valuti l'utilizzo dei farmaci in DPC;
  - Numero di report prodotti.

## **La gestione delle liste di attesa**

La Regione Campania, nel corso di questi ultimi anni, ha emanato numerose disposizioni per garantire l'adozione delle classi di priorità previste dal Piano Nazionale e Regionale di governo delle liste di attesa.

A rafforzare l'azione di governo dei tempi di attesa, in data 8 agosto 2017 la Regione Campania ha approvato il DCA n. 34 "Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste d'attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018" che ha emanato le Linee di indirizzo regionali affinché le Aziende Sanitarie realizzassero interventi atti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni sentinella, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

Il DCA n. 34/2017 ha previsto azioni, obiettivi e tempi di attuazione degli stessi.

Con successivo DCA n. 47/2017 è stato previsto un costantemente monitoraggio dell'attuazione delle Linee Guida sulle liste di attesa di cui al DCA n. 34/2017 attraverso strumenti di valutazione (griglia di indicatori) nonché incontri continui di briefing con i referenti aziendali delle Liste di attesa e con le Direzioni strategiche aziendali.

In relazione agli obiettivi previsti dal DCA n. 34/2017 in tutte le Aziende Sanitarie è stato nominato un referente unico per le liste di attesa e si è proceduto ad informatizzare le agende aziendali, a strutturarle in modo da tenere separati i primi accessi dagli accessi successivi e l'attività istituzionale da quella libera professionale, nonché ad organizzarle secondo le classi di priorità.

Le Aziende per garantire il rispetto dei tempi d'attesa, hanno proceduto all'implementazione dell'offering ambulatoriale, in base alle classi di priorità, grazie ad una riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale,

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

regolamentazione dell'attività in overbooking, apertura supplementare di sedute ambulatoriali nelle branche con maggiore criticità (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva e radiologia), attività di recall e proceduto alla sospensione temporanea dell'attività libera professionale tesa ad una riduzione del 70% del disallineamento dei tempi di attesa tra attività istituzionale e attività intramoenia.

A tal fine con DCA n. 56/2019 è stato modificato, anche alla luce del PNGLA 2019-2021, il DCA n. 95 del 05.11.2018, già a integrazione e modifica del DCA n. 60/2018.

Con tale decreto la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l'adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria e, con successivo DD n. 24/2019, ha costituito l'Organismo Paritetico ALPI. A supporto delle attività di governo dei tempi d'attesa, la Regione ha implementato l'adozione di una Piattaforma regionale per il monitoraggio delle Liste di Attesa in grado di monitorare in tempo reale e/o in intervalli di tempo codificati, la prima disponibilità e la performance delle prestazioni per ciascuna Azienda.

La Piattaforma liste di attesa consente l'estrazione dei dati del monitoraggio ex ante previsto dal Questionario LEA nonché l'analisi delle performance anche in funzione degli obiettivi previsti dal monitoraggio ex post. Oltre il cruscotto "Monitoraggio ex ante", essa comprende i seguenti cruscotti:

- ❖ Performance prenotati;
- ❖ Performance erogati;
- ❖ Performance ricoveri;
- ❖ Prima disponibilità;
- ❖ Monitoraggio Volumi Istituzionali/ALPI.

La Piattaforma include una sezione "Trasparenza" che presenta un cruscotto "Liste di attesa performance" da dove si evince la percentuale di garanzia dei tempi di attesa e un cruscotto "Liste di attesa prime disponibilità" che consente al cittadino di accedere in tempo reale alla prima disponibilità per ogni prestazione di ciascuna Azienda Sanitaria. Con DD n. 93/2019, è stata recepita l'Intesa del 21 febbraio 2019 sul PNGLA 2019-2021 e promosso, quale strumento di governo clinico, il modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei – con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati.

Con DCA n. 52/2019 la Regione ha provveduto all'adozione del PRGLA 2019-2021 in linea con il PNGLA 2019-2021. Il Piano regionale mira, tra l'altro, ad individuare strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli stakeholders per una concreta presa in carico dei pazienti da parte di MMG, PLS e specialisti, prevedendo modelli di gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei PDTA coerentemente con quanto previsto dal Piano di riorganizzazione delle Cure Primarie. Inoltre, il Piano Regionale prevede la revisione degli ambiti territoriali e la realizzazione dei Percorsi di Tutela a Garanzia del cittadino in collaborazione sia con altre strutture Pubbliche che con le strutture accreditate presenti sul territorio.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Recepimento dell'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

- Adozione del Decreto Dirigenziale.
- ❖ Monitoraggio e Valutazione Tempi di attesa delle prestazioni indice;
- ❖ Valutazione del numero di prestazione erogate in attività ordinaria rispetto a quelle erogate in intramoenia.

### **La gestione del rischio e della sicurezza del paziente dell'operatore**

La Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti chiarisce che: "La scarsa sicurezza dei pazienti rappresenta un grave problema per la sanità pubblica ed un elevato onere economico per le scarse risorse sanitarie disponibili. Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici".

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale. Sicurezza dei pazienti e "Clinical Governance" sono strettamente connessi; una solida "Clinical Governance" costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e, conseguentemente, è in grado di contenere, riducendoli ad un livello fisiologico, gli eventi avversi. Nell'ambito delle azioni da mettere in atto per garantire la sicurezza dei pazienti rientra anche la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

L'ASL in ottemperanza alle direttive nazionali ha avviato nelle proprie strutture sanitarie un percorso di implementazione delle attività di risk management, finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori attuando il programma Regionale di Gestione del Rischio declinato nei Programmi Operativi precedenti.

Sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- ❖ L'ASL si è dotato di una struttura interna per la gestione del Rischio clinico;
- ❖ sono stati resi operativi strumenti e metodologie manageriali per una strategia di governo del rischio clinico. In particolare, sono state avviate diverse iniziative per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, anche tramite il Progetto di gemellaggio con l'ASR Emilia-Romagna "Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie";
- ❖ è stato attivato il flusso informativo SIMES (sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità-Eventi Sentinella), in attuazione degli adempimenti previsti dal Decreto Ministeriale 11.12.2009 (G.U. n. 8 del 12.1.2010);
- ❖ monitoraggio delle azioni aziendali a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella attraverso la produzione periodica di report regionali;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle antibiotiche resistenze;
- ❖ attuazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute di pazienti ospedalizzati.

### Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Monitorare l'Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali nei PPOO;
  - Numero di raccomandazioni del Ministero della Salute implementate/totale raccomandazioni in ogni presidio.
- ❖ Integrare il piano regionale cadute con la definizione ed emissione di linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute in ambito pediatrico;
  - Monitorare il piano regionale cadute attraverso gli indicatori forniti nel documento di indirizzo alle aziende;
  - Report annuale di attività.
- ❖ Monitorare la reale attuazione dei Piani di miglioramento comunicati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella;
  - Report annuale di attività.
- ❖ Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici: Implementazione, nelle Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche, delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne, in service aziendale o interaziendale;
  - Rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne al presidio, per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche, rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche
- ❖ Gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici: Recepimento e attuazione, da parte dell'ASL Napoli 3 Sud, del documento relativo alla Rete Oncologica Campana.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## 3.11 Gli obiettivi di riorganizzazione

### Gli obiettivi di riorganizzazione dei distretti sanitari

La Regione Campania riconosce nel Distretto Sanitario il soggetto centrale nel governo delle attività territoriali, La Regione Campania riconosce nel Distretto Sanitario il soggetto centrale nel governo delle attività territoriali, affermando i paradigmi dell'appropriatezza e dell'efficacia e orientando la dinamica di offerta "sanitaria" (servizi, prestazioni) verso l'offerta di "salute" (outcomes, esiti), in adesione agli standard previsti dai sistemi di garanzia e dal programma nazionale esiti.

In coerenza con tali assunti, la Regione individua il Territorio quale ambito elettivo per il trattamento delle patologie a sfondo cronico-degenerativo e presidiando fortemente l'integrazione sanitaria e sociosanitari.

In ogni distretto sanitario devono essere organizzati:

- ❖ La Porta Unitaria di Accesso, costituita ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento. La porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico gate-keeper, dove si concentrano le potestà di organizzazione ed orientamento, superando la dispersione indotta da porte di accesso settoriali. La PUA, oltre ad essere un "luogo funzionale", deve essere anche un "luogo fisico", facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di front-office, con attività di accoglienza dei cittadini e decodifica della domanda, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali ma anche ospedaliere e sociali per quanto necessario al percorso clinico;
- ❖ L'Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM), già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi. L'Unità di Valutazione effettua la valutazione multidimensionale impiegando un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM è composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMG/PLS del paziente, l'assistente sociale. Essa può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, cure domiciliari non prestazionali. La UVMM non è solo un attore clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse: stabilisce in quale ambito di cura appropriato va posizionato il caso. Fatta eccezione per l'accesso dell'utente ai servizi specialistici tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e il caso di urgenza che prevede un proprio specifico percorso di accesso ai servizi, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale costituisce l'unico punto di accesso per i bisogni complessi a tutti i servizi in rete di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale a qualsiasi tipologia essi appartengano. Protocolli definiti con il Presidio Ospedaliero di riferimento potranno individuare percorsi che includono come risposta erogativa il ricovero, e questo comporterà la partecipazione alla UVMM anche di professionalità ospedaliere competenti per patologia.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **Gli obiettivi di riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione**

Il Dipartimento di Prevenzione è macrostruttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale preposta, in attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, e della Legge Regionale n. 32/1994 di riordino del Servizio Sanitario Regionale, alla promozione della tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità ed al miglioramento della qualità della vita. Ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.): con l'articolo 1, comma 1, del DPCM 12.01.2017 sono stati rimodulati i livelli essenziali di assistenza e, nello specifico, alla lettera a) è previsto il livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", riferito al Dipartimento di Prevenzione. All'articolo 2 del medesimo D.P.C.M. sono inclusi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica" i seguenti LEA:

- ❖ sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- ❖ tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- ❖ sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- ❖ salute animale e igiene urbana veterinaria;
- ❖ sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- ❖ sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- ❖ attività medico legali per finalità pubbliche.

## **Gli obiettivi di riorganizzazione del Dipartimento delle Dipendenze**

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del T.U. 309/90, disciplina il cambio di denominazione dei Servizi in materia da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.). Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della complessità del fenomeno non più legato esclusivamente sull'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche da altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc....). Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che sia in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. Attualmente sono operative le tipologie assistenziali Terapeutico-riabilitativo e minor misura Pedagogico-riabilitativo, mentre le tipologie specialistiche Doppia Diagnosi, Accoglienza, Minori TD, Madre Bambino sono in corso di attivazione, coerentemente all'accordo di riconversione posti letto approvato con DCA 54/2019. Con un aumento dei consumatori di cocaina, cannabis e alcool anche se la sostanza prevalente rimane l'eroina con aumento di cittadini poli-assuntori. La fascia di età prevalente relativa alla prima iscrizione permane quella 35-40 anni. Mentre per quanto attiene il numero di iscritti relativi alle cosiddette "Dipendenze senza sostanze" emerge il dato allarmante del numero di cittadini in carico, 2.376, al 31/12/2018 per Disturbo da Gioco D'Azzardo, dato che nell'ultimo triennio aumenta del 50% rispetto al numero di assistiti dell'anno

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

precedente, che impone una riorganizzazione dei servizi pubblici per le dipendenze, inizialmente tarati sul consumo di eroina e su una visione prevalentemente medica. Riorganizzazione che la Regione ha già avviato attraverso l'attuazione del Piano di Azione Regionale di contrasto alle dipendenze patologiche (DCA 86/2016) e del Piano Regionale di contrasto al disturbo da gioco d'azzardo (DCA 81/2018). Questo dato sommato alla slatentizzazione, in diversi consumatori, di patologie di rilevanza psichiatrica costringe il sistema integrato di presa in carico, pubblico (Ser. D.) e privato accreditato (Comunità terapeutiche), ad un forte raccordo sia interdipartimentale nelle AASSLL con la Salute Mentale e la Prevenzione che interistituzionale con i Comuni associati in Ambiti Territoriali (L.R. 11/2007) al fine di pianificare e realizzare servizi adeguati alla complessità dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze (vedi doppia diagnosi, percorsi brevi residenziali per il Disturbo da gioco d'azzardo, reinserimento socio lavorativo ecc.).

Il raccordo è attualmente garantito dal Dipartimento Dipendenze, che include Servizi medici, psicologici, sociali ed educativi. I Ser. D. nel tempo hanno avviato anche Centri antifumo per il contrasto al Tabagismo e assistenza mirata a cittadini con dipendenza da Alcool con un aumento dei cittadini in carico. Il cambiamento dei nuovi stili di consumo e la crescita esponenziale del poliabuso (cocaina, nuove sostanze ed alcol), impongono oggi ai servizi nuove sfide: gli attuali organici devono essere necessariamente rivisti, così come devono essere rivisti gli spazi della cura e l'approccio stesso con i nuovi consumatori e i cittadini con dipendenza di questo millennio. Nell'anno 2020, la politica degli interventi del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Napoli 3 Sud si muoverà seguendo proprio questo cambiamento in continuità con le azioni già svolte negli anni passati. L'attenzione sarà rivolta alla Prevenzione universale e selettiva delle addiction (chimiche e comportamentali) negli Istituti Scolastici Secondari di 2° grado di tutto il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud, attraverso programmi di prevenzione attuati dai singoli Ser. D. e coordinati nelle modalità e finalità generali dal Dipartimento Dipendenze; alle problematiche correlate alla comorbilità psichiatrica e al poliabuser; grande attenzione sarà data alla presa in carico dei cittadini con dipendenze comportamentali, in particolare il disturbo da gioco d'azzardo. Inoltre, si integreranno le attività trattamentali già in essere presso i Ser.D. e le Comunità Terapeutiche con interventi terapeutico-riabilitativi di semiresidenzialità presso i Centri deputati. Inoltre, proseguiranno gli interventi volti all'eradicazione delle patologie infettive correlate ai disturbi di dipendenza, con interesse precipuo all'attuazione degli screening finalizzati all'attuazione dei percorsi terapeutici per la negativizzazione dell'epatite C per tutti i pazienti in carico. Fondamentale risulta anche uno studio attento dell'efficacia degli interventi dei Ser.D. sulla popolazione degli utenti presi in carico, per poter meglio orientare interventi, protocolli e terapie. Non solo. Un follow up sistematico serve anche a calibrare i percorsi formativi per il personale, garantendo una costante crescita della qualità stessa degli interventi.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **3.12 La comunicazione sanitaria**

L'ASL ritiene fondamentale per l'area sanitaria strutturare processi di comunicazione specifici. La Comunicazione Sanitaria rivolta al cittadino permette di informare, accrescere le competenze, divulgare informazioni sanitarie appropriate.

L'ASL da anni attua campagne di comunicazione specifiche su temi di grande impatto sociosanitario tali da poter indurre cambiamenti positivi nell'approccio degli individui alla salute o prevenire cambiamenti negativi rispetto al peggioramento dello stato di salute della popolazione residente nel territorio.

Saranno utilizzati i diversi canali della comunicazione, prodotti editoriali, cartellonistica, campagne media mediante i giornali, la radio, la televisione, differenziando di volta in volta il messaggio in base all'argomento, alla finalità ed al target.

L'uso dei social network ha apportato un profondo cambiamento nella prospettiva dell'organizzazione, passando da una comunicazione top-down a una comunicazione orizzontale, dando la possibilità ai cittadini di parlare sui profili social dell'ASL.

Il web sociale sta perciò emergendo sempre più come grande repository di informazioni sulla salute e come spazio di dialogo, condivisione e partecipazione dei cittadini/pazienti: in virtù di ciò è necessario che la comunicazione istituzionale si aggiorni, si adegui e si "impossessi" di questi nuovi canali per utilizzarli al meglio per veicolare informazioni e messaggi corretti

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Fornire informazioni specifiche e dettagliate rispetto alle cure, messaggi chiari, semplici ma professionalmente corretti, tali da combattere le false credenze e le fake news che troppo spesso provengono dai media e dalla rete;
  - Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione.
- ❖ Formare e coinvolgere i cittadini più giovani. La prevenzione e l'orientamento a stili di vita corretti devono necessariamente iniziare in giovane età, per questo il processo di empowerment deve iniziare con la scolarizzazione, fino a far divenire i giovani maestri e motore di cambiamento del mondo adulto;
  - Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione.
- ❖ Rivolgere maggior attenzione alla comunicazione tra medici, operatori e pazienti. Percorsi di Audit negli ospedali e nei Servizi territoriali, formazione agli operatori ed ai medici affinché vi sia una maggior attenzione all'accoglienza dell'ammalato e una disponibilità professionale ai bisogni "umani";
  - Numero interventi informativi e formativi prodotti nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti.

- ❖ “Umanizzazione delle cure” è una definizione spesso non totalmente accolta nella pratica, la Sanità desidera recuperare realmente l’aspetto “umano” della cura, accostandosi, oltre che con le competenze mediche e l’aggiornamento delle proprie strutture sanitarie, anche con una rinnovata capacità di accoglienza;
  - Numero interventi informativi e formativi prodotti nel corso dell’anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti.

## Obiettivi economici

Si riporta di seguito una rappresentazione grafica degli obiettivi economici che l’ASL Napoli 3 Sud intende perseguire.

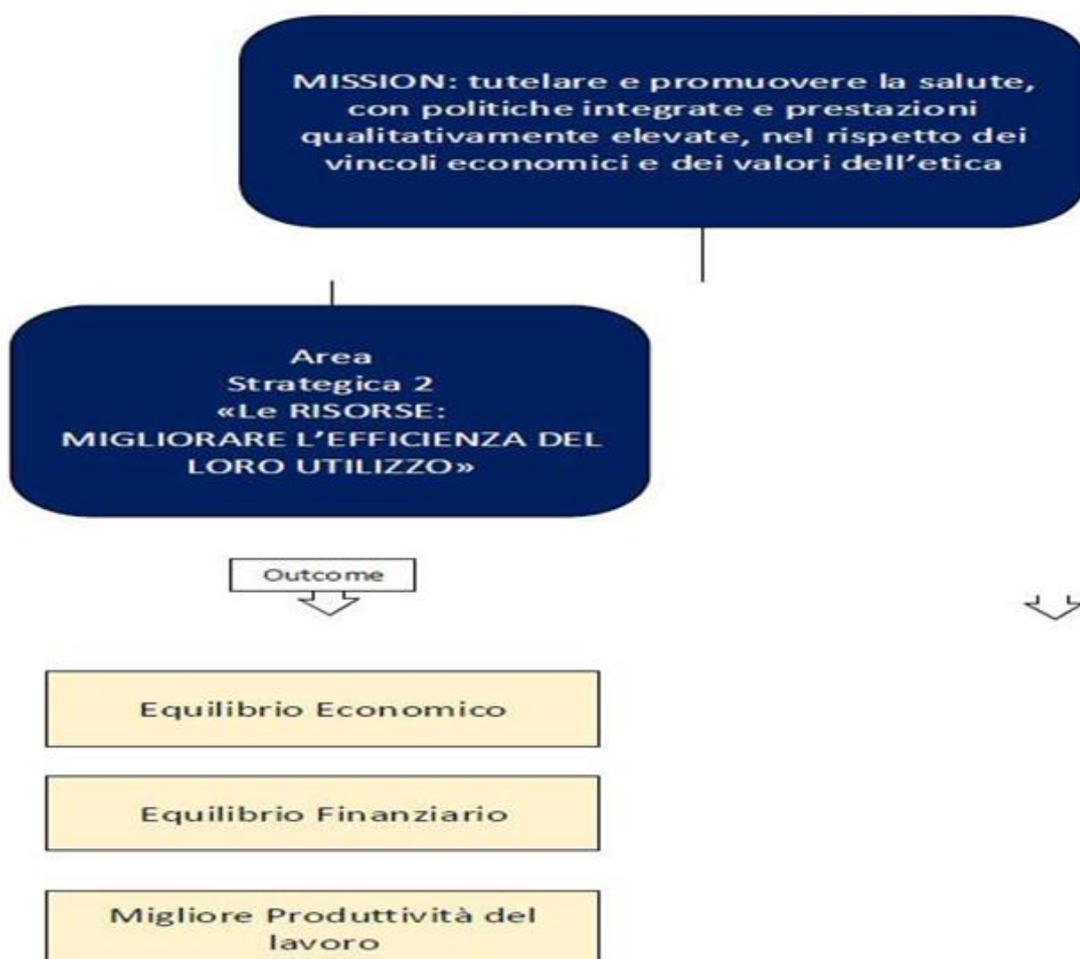


Figura 35 – Obiettivi economici

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## La tempestività dei pagamenti

La Regione Campania intende proseguire anche nel triennio 2022-2024, le azioni volte al completamento della Centrale Unica di Pagamento ed alla riduzione dei tempi di pagamento.

Attualmente la Centrale Unica di Pagamento è attiva per tutti i tipi di pagamenti sulle Aziende Sanitarie. Alla progressiva entrata a regime del (SIAC) Sistema Informativo Amministrativo Contabile Sistema Informativo Amministrativo Contabile in ambiente SAP in tutte le aziende sanitarie si affiancherà l'entrata a regime dei servizi centralizzati di pagamento (CUP So.Re.Sa.) come da DCA 68/2019.

Nonostante per i debiti correnti delle aziende sanitarie si registrino ad oggi tempi di pagamento entro i 60 giorni, la presenza in PCC di stock residui di debitoria pregressa incide le performances dell'ITP. La riduzione dei tempi di pagamento e la definitiva normalizzazione dell'ITP deriveranno da una duplice azione:

- ❖ entrata a regime del SIAC e nodo del MEF (NSO), che consentirà di consolidare e stabilizzare performances di pagamento sul corrente sotto i 60 giorni;
- ❖ azzeramento della debitoria pregressa.

Obiettivi e indicatori:

- ❖ Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale residuo del SSR ad un livello da considerare fisiologico;
  - Tempi di pagamento nel limite di 60 giorni previsti dalla legislazione vigente, con ulteriore riduzione (dicembre 2019) fino a completo azzeramento, entro dicembre 2022, dei ritardi di pagamento anche sul pregresso (ITP).
- ❖ Stabilizzazione dell'ITP dei singoli Enti entro i limiti previsti dalla normativa;
  - Rispetto della tempistica prevista dalla normativa vigente da parte di ogni azienda per l'anno 2021 anche sul debito pregresso.

## Il programma n. 6: Certificabilità dei Bilanci del SSR

Con il programma di cui all'art. 79 comma 1 sexies della L.133/2008, la Regione Campania ha previsto specifiche attività, finalizzate al ridisegno dei processi e delle procedure amministrativo contabili, alla definizione ed implementazione delle procedure di contabilità analitica a livello di singola azienda e gestione sanitaria accentrata ed alla realizzazione di una metodologia ed un modello regionale di controllo di gestione. Un'ulteriore azione intrapresa è stata l'avvio dell'estensione dell'attivazione del nuovo Sistema Amministrativo Contabile (di seguito SIAC) in tutti gli Enti e nella Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) che doterà il SSR di uno strumento tecnologico unico in grado di rilevare, gestire e, quindi, monitorare e controllare tutte le operazioni realizzate nelle strutture operanti a livello aziendale, offrendo la possibilità di indagare e analizzare il dato in tempo reale, sia nella prospettiva sintetica delle grandezze macro-aziendali e di sistema, sia nella prospettiva analitica delle grandezze

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

micro-aziendali e di singola transazione. La contabilità analitica, cardine dell'UOC Controllo di Gestione non è più rinviabile, l'attuazione della stessa è obiettivo precipuo dell'U.O. di cui sopra.

L'adeguamento di tutte le procedure amministrativo contabili, come definito del DCA 63/2018, da applicare nel rispetto delle aree aziendali definite dal PAC (Parte Generale, Area Immobilizzazioni, Area Rimanenze, Area Crediti e Ricavi, Aree Disponibilità Liquide, Area Patrimonio Netto e Area Debiti e Costi), avrà il principale obiettivo di miglioramento dei processi aziendali delle Aziende Sanitarie, incidendo in maniera efficace sulla corretta definizione di ruoli e responsabilità. Tale attività inoltre rappresenta uno dei primi fondamentali passi nel percorso di certificabilità dei bilanci consentendo inoltre di monitorare nel corso del tempo lo stato di avanzamento di ogni singola Azienda.

Un altro importante obiettivo da raggiungere, previsto dal programma ex art. 79, su cui la Regione Campania ha investito fortemente, è rappresentato dallo sviluppo di un sistema di controllo interno contabile volto a garantire ad ogni Azienda Sanitaria del SSR la possibilità di valutare l'efficienza dei processi aziendali e l'attendibilità del sistema di informazioni economiche-finanziarie.

Obiettivi e Indicatori:

- ❖ Implementazione dell'impianto contabile necessario all'accompagnamento della Certificabilità dei Bilanci;
  - Monitoraggio dell'applicazione delle procedure amministrativo contabili adottate.
- ❖ Sviluppo ed avviamento operativo del sistema di controllo interno contabile;
  - Percentuale di implementazione del sistema di Internal Audit.

## **Le risorse, l'efficienza e l'economicità**

Si sviluppano sinteticamente le informazioni rilevanti di carattere economico-finanziario desumibili dal ciclo di bilancio, ad integrazione degli obiettivi e risultati riportati nei precedenti paragrafi. In particolare, sono esplicitati i principali valori di bilancio e i risultati, prevalentemente in termini di efficienza ed economicità. Il principale documento di riferimento è costituito dal bilancio consuntivo e relativo "Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio", come previsto dall'art. 22 del D. Lgs. n. 91/2011 che, per le amministrazioni centrali dello Stato, corrisponde alle note integrative disciplinate dall'art. 21, comma 11, lettera a), e dall'art. 35, comma 2, della legge n. 196/2009. Un ulteriore riferimento è costituito dai processi di analisi e valutazione della spesa, ai sensi dell'art. 4, del D. Lgs. n. 123/2011, anche nell'ambito delle attività previste dall'art. 27 dello stesso decreto.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **3.13 Gli obiettivi strategici ed operativi per l'anno 2025**

Il ciclo di programmazione aziendale, di seguito rappresentato, si compone delle seguenti fasi:

- ❖ pianificazione strategica (livello strategico);
- ❖ programmazione operativa (livello operativo);
- ❖ monitoraggio degli obiettivi (sistema di controllo);
- ❖ valutazione degli obiettivi.

### **La pianificazione strategica e la programmazione**

La pianificazione strategica è la funzione con la quale la Direzione Aziendale, nel rispetto dei principi e degli obiettivi del PSSR e degli obiettivi regionali, definisce gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento. Il processo di programmazione e controllo direzionale è il meccanismo attraverso il quale l'Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell'assegnazione o negoziazione degli obiettivi per livello di responsabilità interna e procede al loro sistematico monitoraggio al fine di garantirne il raggiungimento.

Il sistema di programmazione e controllo direzionale deve necessariamente dotarsi di strumenti di supporto, tra i quali il sistema di budget, non più rinviabile, il sistema di contabilità direzionale e il sistema di reporting.

Il sistema di budget, una volta attivato, rappresenta il sistema operativo principale della programmazione e del controllo di gestione. Tale sistema può essere definito come l'insieme delle regole aziendali attraverso le quali vengono articolati e pesati gli obiettivi di breve periodo con riferimento al Dipartimento e alla Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali che vi afferiscono nel rispetto delle responsabilità e autonomie interne, al fine del loro concreto perseguimento. Il sistema di contabilità direzionale è lo strumento operativo mediante il quale l'Azienda misura e archivia tutti i dati utile al fine di supportare il processo decisionale. Il sistema di reporting rappresenta lo strumento di rappresentazione e comunicazione periodica delle misure di performance attraverso appositi report di gestione.

### **I documenti della programmazione sanitaria regionale**

Nella predisposizione del sistema degli obiettivi vanno considerati in particolare i seguenti documenti della programmazione sanitaria regionale:

- ❖ Delibera della Giunta Regionale n. 19 del 18/01/2020;
- ❖ Deliberazione Giunta Regione Campania n. 372 del 06.08.2019;
- ❖ Decreto Presidente Giunta Regione Campania n. 104 del 08.08.2019;
- ❖ Deliberazione Giunta Regione Campania avente ad oggetto: "Accordo Rep. Atti n. 150/CSR del 4 agosto 2021, ex art. 1, c. 34 e 34 bis, Legge n. 662/1992, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2021. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2021 e ripartizione delle stesse e Approvazione Relazioni Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2020";

- ❖ Indicazioni regionali riguardanti l'attuazione del PNRR.

### **Le linee di indirizzo e gli obiettivi regionali**

Le linee strategiche individuate dal Piano triennale 2019 – 2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, sono:

- ❖ promozione della salute e prevenzione attiva;
- ❖ modelli di risposta reattiva alle acuzie e ai bisogni di nuova insorgenza;
- ❖ modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi e interventi per le fasce di popolazione vulnerabili;
- ❖ revisione dell'assetto dell'offerta;
- ❖ comunicazione al cittadino;
- ❖ umanizzazione del sistema di cure;
- ❖ sistemi informativi, sanità digitale, programmazione acquisti e logistica sanitaria, ricerca, innovazione ed health technology assessment;
- ❖ regole del SSR e contenzioso;
- ❖ risorse economico-finanziarie;
- ❖ risorse umane e professionali;
- ❖ governance farmaci e dispositivi medici;
- ❖ investimenti in patrimonio e tecnologie.

Gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali sono:

- ❖ gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;
- ❖ il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- ❖ la predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 28/12/2018 n. 103) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale;
- ❖ l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018);

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ la prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;
- ❖ il rispetto dei tempi di pagamento.

Indicare quali obiettivi specifici di natura preliminare:

- ❖ erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta 'Griglia LEA' - punto E degli Adempimenti LEA), riportati nell'allegato A) della delibera di nomina o dei nuovi obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione;
- ❖ rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- ❖ continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.

Le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ex articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 sono le seguenti:

- ❖ promozione dell'equità in ambito sanitario;
- ❖ costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica;
- ❖ Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione;
- ❖ la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

## **La programmazione sanitaria aziendale**

I documenti della programmazione sanitaria aziendale:

- ❖ La rimodulazione dell'atto aziendale approvato con DCA n. 39 del 25/09/2017 e s.m.i. e provvedimenti di attuazione;
- ❖ Il processo seguito per la valutazione della performance annuale del personale dirigente e del comparto dell'Azienda ASL Napoli 3 Sud, valido sino alla prossima pubblicazione del Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance;
- ❖ La deliberazione n. 642/2021, avente ad oggetto l'adozione del Piano della Performance 2021-2023 e del Documento di Direttive 2021, che individuano gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali;
- ❖ Deliberazione n. 1420 del 16/10/2024 avente ad oggetto: Bilancio consuntivo dell'esercizio finanziario 2023 (rettificato e integrato con la deliberazione n. 1499 del 30/10/2024);
- ❖ Piano del fabbisogno di personale per il triennio 2023 – 2025;
- ❖ Indicazioni aziendali riguardanti l'attuazione del PNRR.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### Le linee di indirizzo della programmazione aziendale 2025

In generale, si premette che l'individuazione di scelte per il futuro non può prescindere dalle grandi discontinuità che caratterizzano le dinamiche evolutive dei sistemi sanitari: il trend demografico ed epidemiologico, i nuovi modelli assistenziali guidati anche dall'evoluzione tecnologica e scientifica, la sostenibilità economica.

È sulla base di queste considerazioni che si procederà nell'implementazione di un modello di servizio che sappia adeguarsi e modularsi correttamente alle mutate esigenze epidemiologiche ed assistenziali della popolazione, alla necessità di una focalizzazione della rete ospedaliera, ricondotta alla sua specificità di luogo di cura per patologie acute e complesse, all'organizzazione dei sistemi di cura territoriali sempre più a portata della popolazione di riferimento del territorio.

Anche grazie ai fondi del PNRR, sarà avviata una stagione di investimenti che consentirà di definire un nuovo modello di assistenza sanitaria che guardi ai bisogni delle persone e dei territori, attraverso una completa riorganizzazione delle strutture intermedie e delle reti territoriali in una logica di prossimità, multi - disciplinarità e multi - professionalità, con nuovi ospedali ma anche sanità del territorio e nuove tecnologie per una offerta di prossimità, più vicina ai bisogni delle persone. La presenza di presidi sanitari sul territorio si moltiplicherà, dando una proposta più immediata ai bisogni di cura espressi dal territorio. Inoltre, l'ampliamento e l'ammodernamento del parco tecnologico migliorerà la qualità delle cure negli ospedali, permettendo anche di aumentare il numero di esami che possono essere effettuati.

Si guarda quindi ad un sistema delle cure in grado di fornire livelli assistenziali di qualità, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità, ma nella visione più ampia, si tratta anche di disincentivare comportamenti e stili di vita a rischio, promuovere stili di vita salubri fin dalla più tenera età, interventi di prevenzione primaria negli ambienti di vita e lavorativi e di prevenzione secondaria orientati anche a fasce di popolazione con atteggiamenti, valori e culture diversi dalla nostra fino alla riorganizzazione dei servizi sanitari.

Il modello dei Percorsi Clinico assistenziali (PDTA) quale modalità di gestione dei problemi di salute, basati sulla centralità del paziente, sulla continuità assistenziale, sulla condivisione e sulla integrazione con i percorsi di prevenzione, che vanno oltre quindi il semplice processo di cura, rappresenta uno dei pilastri della riprogettazione assistenziale e, oltre a garantire efficacia, efficienza e appropriatezza, favorisce l'integrazione e la condivisione di un ragionare comune tra i vari professionisti.

Assistenza territoriale: rafforzamento dei servizi territoriali in termini di organizzazione integrazione ospedale territorio, messa a regime della telemedicina e potenziamento delle attività' sociosanitarie.

La proposta di riorganizzazione dei servizi territoriali va letta nel disegno più ampio che la ASL Napoli 3 sud ha intrapreso negli ultimi anni ragionando sull'esigenza di un modello di servizio che sappia adeguarsi e modularsi correttamente alle mutate esigenze epidemiologiche ed assistenziali della popolazione, secondo una logica di prossimità e di integrazione degli interventi, con forte potenziamento del territorio e delle realtà di confine che rappresentano il punto di incontro tra ospedale - territorio, territorio - territorio e ospedale - ospedale.

In particolare, le linee di azione sono le seguenti:

- ❖ Un modello di servizio per la presa in carico e la continuità assistenziale dei pazienti cronici e fragili;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Sviluppo dell'integrazione ospedale - territorio e dell'integrazione sociosanitaria, con particolare attenzione alla persona anziana/disabile presso la propria abitazione, promuovendo alleanze e sinergie con i diversi soggetti operanti in campo sanitario, sociale, assistenziale, culturale, formativo e di tutela ambientale;
- ❖ Potenziamento e miglioramento appropriatezza dell'assistenza domiciliare - RSA - cure palliative;
- ❖ Potenziamento e miglioramento appropriatezza dell'assistenza riabilitativa e protesica;
- ❖ Interventi per riduzione tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali;
- ❖ Attività previste nel PNRR, riguardanti la realizzazione di reti di prossimità, di strutture e presidi territoriali come Case di Comunità e Ospedali di Comunità, l'integrazione con tutti i servizi sociosanitari attraverso l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT), l'ammodernamento e il rafforzamento delle dotazioni e dell'infrastruttura tecnologiche;
- ❖ L'utilizzazione della telemedicina anche al fine di superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità di servizi offerti sul territorio e a sostegno dell'assistenza domiciliare.

### **ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Si proseguirà il percorso, già avviato nell'anno 2021, basato sulla focalizzazione della rete ospedaliera, ricondotta alla sua specificità di luogo di cura per patologie acute e complesse, attraverso l'adozione di modalità organizzative di offerta dei servizi ospedalieri coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, al fine di garantire una più efficace e concreta tutela della salute dei cittadini.

Di seguito le linee di intervento:

- ❖ Decongestionamento dei Pronto soccorso;
- ❖ Miglioramento continuo della gestione del rischio clinico;
- ❖ Ruolo dei Presidi nella rete regionale dell'emergenza e delle reti tempo dipendenti;
- ❖ Integrazione tra le strutture ospedaliere aziendali;
- ❖ Sinergia con le altre strutture del territorio, con i servizi/centrali di continuità ospedale - territorio, con i servizi di prevenzione e collaborazione con le strutture private accreditate;
- ❖ Riduzione dei tempi di attesa;
- ❖ Implementazione di percorsi aziendali;
- ❖ Potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva e della ricetta dematerializzata;
- ❖ Orientamento delle prestazioni specialistiche ospedaliere verso l'alta diagnostica;
- ❖ Incremento della produzione ospedaliera;



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Riduzione della mobilità passiva;
- ❖ Efficientamento della gestione dei Presidi Ospedalieri.

## **PREVENZIONE**

Per quanto riguarda la prevenzione delle patologie croniche o infettive, l'obiettivo da perseguire è quello di abbandonare il modello tradizionale deputato alle attività di controllo a favore di un innovativo approccio multidisciplinare, attraverso l'adozione di interventi integrati tra Dipartimento di prevenzione, altre strutture aziendali, istituzioni, parti sociali, con un ampio spettro di interventi miranti a:

- ❖ prevenire l'insorgenza della patologia stessa;
- ❖ assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale, per bloccarne o rallentarne la progressione/diffusione;
- ❖ prevenire le complicanze nelle persone già malate.

Saranno perseguiti gli obiettivi regionali relativi alla copertura dei programmi di screening oncologici regionali

### **3.14 Lo schema degli obiettivi**

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

- Area Amministrativa (Allegato n. 1);
- Area Sanitaria (Allegato n. 2);
- Area di Supporto alla Direzione Strategica (Allegato n. 3);

## 4 I rischi corruttivi e la trasparenza

### 4.1 Introduzione

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

### 4.2 Soggetti e ruoli della strategia aziendale

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

A ciò si deve aggiungere l'obbligo:

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

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

In materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative nazionali (Whistleblowing), il RPCT svolge un ruolo di primo piano anche nella gestione delle segnalazioni.

In materia di imparzialità soggettiva del "funzionario", il RPCT ha compiti di vigilanza anche sul rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi. Un ruolo chiave è svolto sicuramente dal RPCT anche in materia di Pantouflage, essendo chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure di prevenzione di predetta misura.

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

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

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

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

In ossequio a quanto previsto dall'Autorità, sia nelle citate Deliberazioni che nel PNA 2023-25, vengono individuati i **Referenti aziendali** con compiti di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza e chiamati a svolgere una costante attività informativa nei confronti del Responsabile. Sono individuati "Referenti" per la prevenzione della corruzione i Direttori delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali incardinate nella Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria (nel prosieguo della presente sezione del PIAO tali strutture sono denominate "Strutture Centrali", i Direttori dei Dipartimenti, i Direttori dei Distretti, i Direttori dei Presidi Ospedalieri, I direttori dei Presidi Ospedalieri possono

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

farsi coadiuvare nell'esercizio delle attività amministrative legate alla prevenzione della corruzione e della trasparenza dai Direttori delle UUOCC Servizi Amministrativi ospedalieri Area Nord e Area Sud. A tal fine, ne verrà data formale comunicazione al RPCT.

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

Nello specifico i Referenti provvedono a:

- ❖ collaborare con il RPCT nella predisposizione della mappatura dei processi della propria struttura;
- ❖ monitorare la gestione dei beni e delle risorse strumentali assegnati ai servizi, nonché vigilare sul loro corretto uso da parte del personale dipendente;
- ❖ vigilare sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di Pantouflage di cui all'art.53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001;
- ❖ individuare i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- ❖ trasmettere entro il 30 novembre, ai fini del monitoraggio, la relazione annuale al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate ed eventuali proposte di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare (Sottosezione "Altri contenuti", sottosezione di secondo livello "Prevenzione della corruzione" degli obblighi di pubblicazione dell'allegato 6 del presente piano);
- ❖ nella relazione di cui alla precedente lettera e), il Referente dichiara l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente previsti dagli allegati 6 e 7 del presente Piano;
- ❖ segnalare al Responsabile i casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare;
- ❖ assicurare, in materia di trasparenza, il rispetto degli obblighi e dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura.

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

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

Qualora il RPCT necessiti di un corretto inquadramento normativo della fattispecie (come, ad esempio, ai fini della valutazione di una segnalazione) può richiedere un parere all'UOC Affari Legali che è tenuto a fornire risposta nei

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

tempi indicati dal RPCT e comunque tali da consentire di poter riscontrare la segnalazione entro 20 giorni. Come raccomandato dall'Anac nel PNA 2019, inoltre, il RPCT si potrà avvalere anche degli uffici aziendali che svolgono attività ispettive o di controllo, in un'ottica prospettica di integrazione e coordinamento con il sistema dei controlli interni ed esterni.

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

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

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

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

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

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

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

### **L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV):**

- ❖ verifica, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che la sezione anticorruzione sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale;
- ❖ verifica che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;

- ❖ verifica i contenuti della relazione annuale sull'attività svolta, elaborata dal RPCT, in rapporto agli obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza, allo scopo può chiedere al RPCT informazioni e documenti necessari al controllo e può effettuare audizioni di dipendenti;
- ❖ riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ❖ esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di comportamento aziendale;
- ❖ rilascia l'attestazione annuale sulla trasparenza, secondo le indicazioni e la griglia di rilevazione pubblicata annualmente sul sito dell'ANAC.

#### **L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):**

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **4.3 Analisi del contesto**

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

## **4.4 Contesto esterno dell'Asl Napoli 3 Sud**

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

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

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

### ❖ Indicatore composito dei compositi

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
**Triennio 2025 - 2027**  
 (art. 6 del DL 80/2021)



Figura 36 – Indicatore composito dei compositi



Figura 37 – Domini dell'indicatore composito dei compositi

## ❖ Indicatori di criminalità

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

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

accertamento in sede processuale, ma possono rappresentare la ratio che sta dietro alla commissione di quei delitti e quindi segnalare fenomeni comportamentali corruttivi.



Figura 38 – Indicatore composito criminalità



Figura 39 – Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica

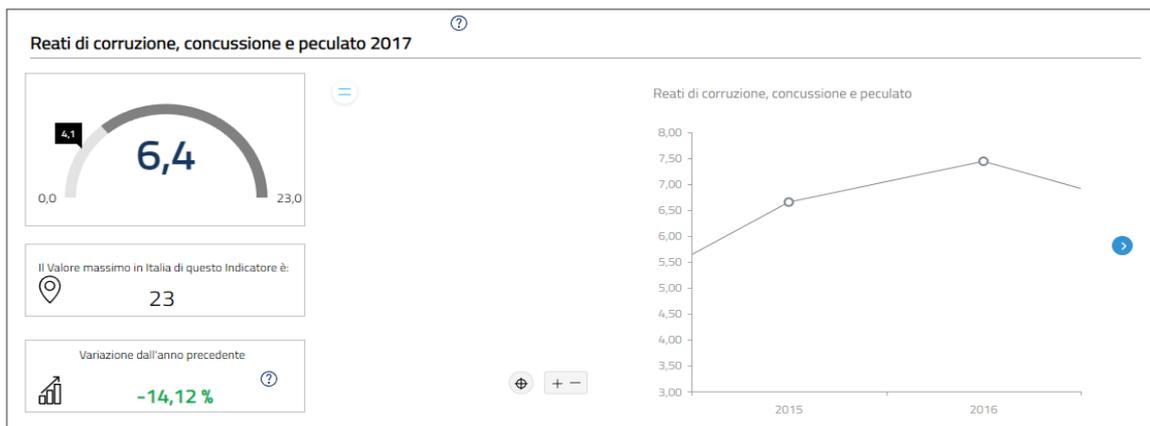


Figura 40 – Reati di corruzione, concussione e peculato

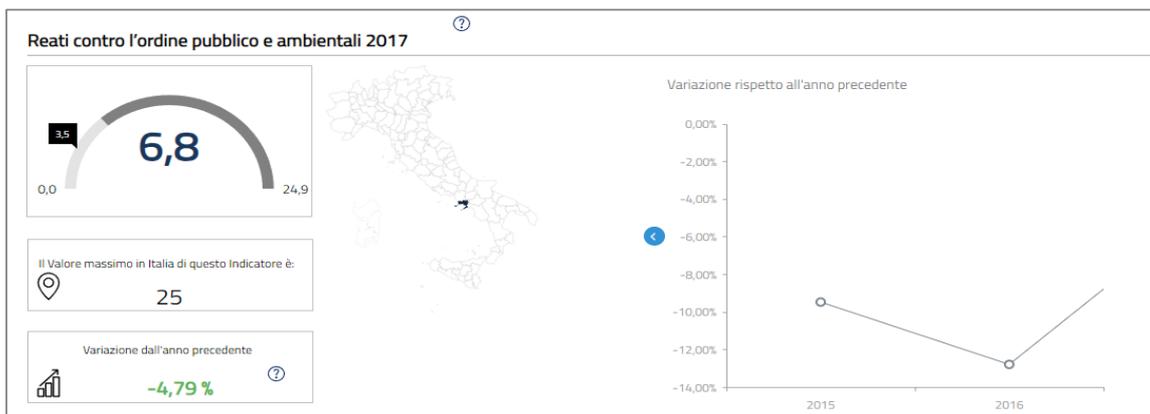


Figura 41 – Reati contro l'ordine pubblico e ambientali



Figura 42 – Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione

❖ Indicatore di istruzione

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



Figura 43 – Indicatore di Istruzione



Figura 44 – Monitoraggio degli indicatori del dominio Istruzione

❖ Indicatore di economia

L'alto livello e il grado di uguaglianza nella distribuzione del reddito, l'occupazione, la capacità di attrarre investimenti interni ed esteri e di favorire la nascita e la crescita di attività imprenditoriali, l'intensità della

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

competizione nei mercati, la libertà economica, sono fattori che si associano a bassi livelli di corruzione. Inoltre, a livelli elevati di utilizzi di Internet è associato un livello di corruzione più basso in quanto la rete favorisce la diffusione di informazioni che rappresentano uno strumento di controllo dell'esercizio dei poteri pubblici.

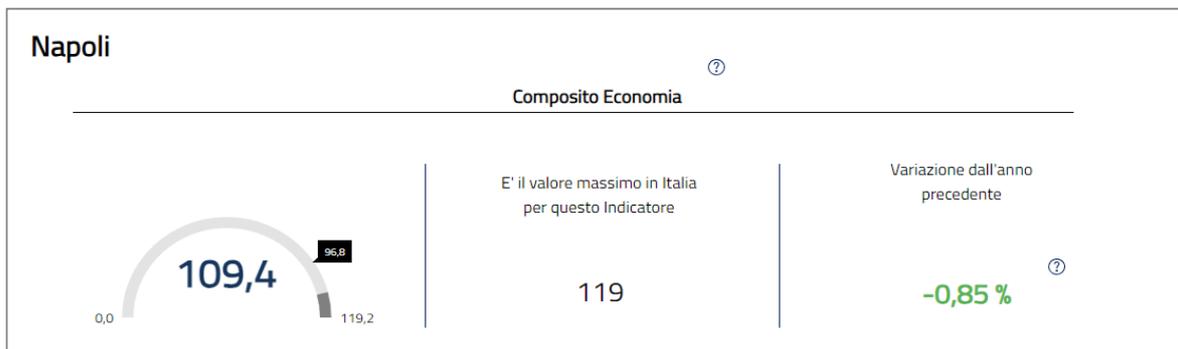


Figura 45 – Indicatore di economia

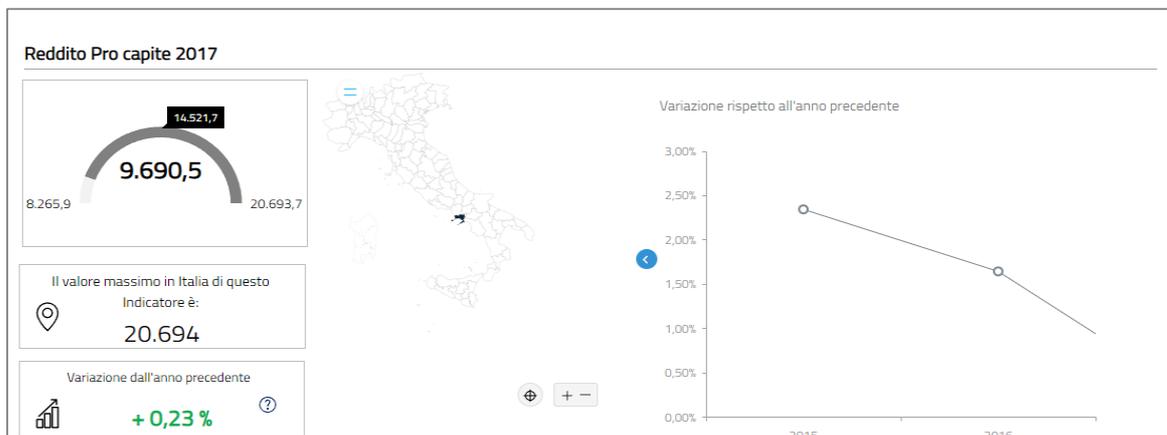


Figura 46 – Reddito Pro capite

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)



Figura 47 – Occupazione

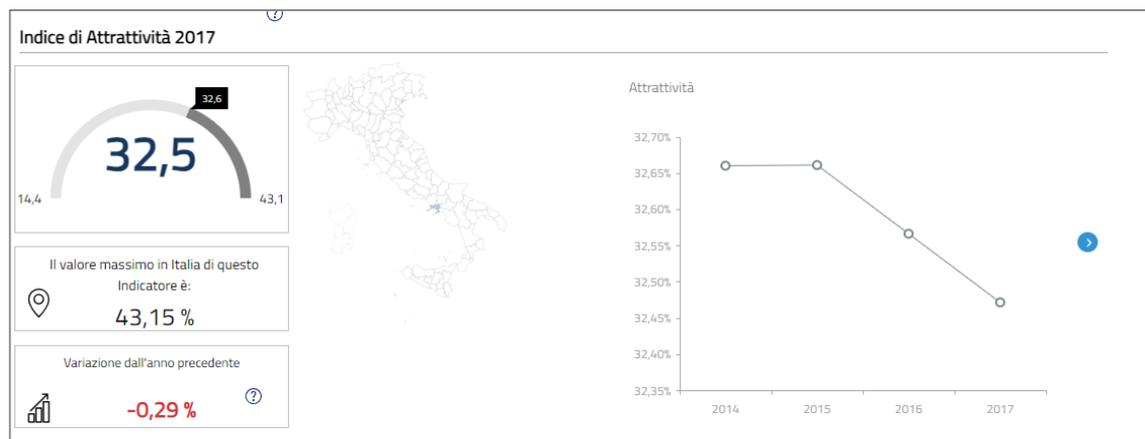


Figura 48 – Indice di Attrattività

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **4.5 Contesto interno dell'Asl Napoli 3 Sud**

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

## **4.6 La gestione del rischio**

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

In modo sintetico le fasi sono:

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

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

## **4.7 La mappatura dei processi**

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

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

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

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

Nel corso del 2024 sono stati ridefiniti i processi delle seguenti Strutture:

- ❖ UOC Controllo di Gestione;
- ❖ UOC Affari Generali;
- ❖ UOC Risorse Umane;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ UOC Sistemi Integrati Controlli Interni ed Esterni;
- ❖ UOC Relazioni con il Pubblico e Comunicazione.

Nell'Allegato n. 8 al presente documento viene riportata la nuova mappatura dei processi di tali Strutture che, pertanto, a decorrere dal 2025, dovranno tenerne conto nella gestione dei processi e, correlatamente, nella predisposizione della relazione annuale al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate.

## **4.8 La valutazione dei rischi corruttivi**

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

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

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

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

<b>Fattori abilitanti (fattori/cause che agevolano il verificarsi di comportamenti/fatti corruttivi)</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Note</b>
Mancanza di controlli			
Mancanza di trasparenza			
Eccessiva regolamentazione/complessità			
Scarsa chiarezza della normativa di riferimento			
Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto			
Scarsa responsabilizzazione interna			
Competenze del personale addetto ai processi inadeguate			
Assenza di personale con le competenze richieste per la gestione del processo			
Inadeguata diffusione della cultura della legalità			
Altro (specificare nella riga sottostante)			
<b>Dati oggettivi di supporto alla stima del rischio</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NOTE</b>
Dati sui precedenti giudiziari			
Dati su procedimenti disciplinari			
Reclami			
Segnalazioni pervenute			
Pubblicazione evento su giornali/riviste			

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
**Triennio 2025 - 2027**  
 (art. 6 del DL 80/2021)

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

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

Figura 49 - Fattori abilitanti della corruzione

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

in passato nel processo/attività esaminata” – attività già oggetto di eventi corruttivi in passato nell’amministrazione o in altre realtà simili tale da far aumentare il rischio corruttivo.

## **Trattamento del rischio mediante l’identificazione delle misure di prevenzione**

Rispetto al trattamento del rischio si distinguono:

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

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

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

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

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

## **4.9 Il codice di comportamento e azioni di miglioramento**

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

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

Dal 14 luglio 2023, con Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023 n. 81, pubblicato sulla G.U. n. 150 del 29/6/2023, sono entrate in vigore importanti modifiche e integrazioni al DPR n. 62/2023 "Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici". A tal fine, nell'anno 2025, il RPCT provvederà all'aggiornamento del Codice di Comportamento così come previsto dall'articolo 54 del D. Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.

### **Violazione del Codice di Comportamento**

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

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

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

### **La rotazione ordinaria e la rotazione straordinaria**

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

una adeguata attività preparatoria di affiancamento al personale subentrante.

Il ricorso alla rotazione deve 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.

Ove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione della corruzione, si prevede che vengano attuate scelte organizzative e adottate altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni". A tal fine si prevedono modalità operative che favoriscono una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio. Al riguardo si segnala che la Direzione strategica ha adottato con Delibera n. 498 dell'1/1/2022 il Regolamento per la rotazione ordinaria degli incarichi del personale avente ad oggetto "Adozione del Disciplinare concernente i criteri per la rotazione del personale titolare di incarichi di funzione e dei restanti dipendenti del comparto che operano nelle aree a rischio corruzione, nonché dei componenti delle Commissioni".

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **4.10 Conflitti di interesse: obblighi di astensione e di segnalazione**

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

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

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

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

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

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

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

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

La dichiarazione di conflitto di interesse comprende:

- ❖ la comunicazione circa interessi finanziari e conflitto di interessi (per tutti i dipendenti) da compilare all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2025 - 2027

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

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

## 4.11 L'inconferibilità e l'incompatibilità

### INCONFERIBILITA'

*Normativa di riferimento: Capi I, II, III e IV del D.lgs. 39/2013, art. 15, 17, 18, 20 del D.lgs. 39/2013; PNA 2023 - PNA 2016 par. 7.3; Del. ANAC n. 833 del 3.08.2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e incompatibilità". Delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020 in materia di applicabilità delle disposizioni su incompatibilità e inconferibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch'essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione.*

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

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

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 d.lgs. 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto. Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non siano note

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

all'amministrazione all'atto del conferimento e si appalesino nel corso delle verifiche a campione effettuate dall'UOC Gestione Risorse Umane, questi ne informa il RPCT che effettuerà la contestazione all'interessato, che, previo contraddittorio, sarà rimosso dall'incarico. Il RPCT provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi dalla medesima conferiti di Direttore amministrativo, di Direttore sanitario, atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'amministrazione regionale, acquisendo annualmente apposita dichiarazione. Le dichiarazioni vengono acquisite annualmente (entro il 31 gennaio) e vengono pubblicate sul sito della trasparenza.

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

### **INCOMPATIBILITA'**

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

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

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

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

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

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

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

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

La UOC Gestione Risorse Umane è tenuta ad assicurare che:

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

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

La UOC Gestione Risorse Umane a campione le dichiarazioni sull'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità (rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 445/2000) (ex art. 71 del DPR 445/2000).

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

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

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

## **4.12 Strategia di contrasto al fenomeno corruttivo: la formazione**

La strategia di contrasto al fenomeno corruttivo, come si ricava dalla Legge n. 190/2012 si basa su tre pilastri, di cui uno, la formazione, costituisce il presupposto imprescindibile per il successo degli altri due. L'effettiva incisività delle misure di prevenzione di eventi di *maladministration*, ed il rafforzamento di rimedi di tipo repressivo, ispettivo e di controllo, postulano la promozione di una diffusa cultura della legalità e del rispetto delle regole. Pertanto, la formazione costituisce il più rilevante strumento di contrasto ad atti o comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nella legalità e imparzialità della PA e di chi vi opera. Alla formazione programmata si auspica possa aggiungersi anche quella svolta nell'ambito di incontri frontali promossa con le Unità Operative interessate in merito alla valutazione del rischio e l'individuazione delle misure atte a prevenirlo.

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

Nel corso dell'anno 2024 si è tenuta una giornata di formazione in presenza in materia di etica pubblica, con la

presenza di 2 docenti. Tale giornata di formazione era rivolta ai Direttori delle articolazioni aziendali (Direttori di UU.OO.CC e UU.OO.SS di supporto alla Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria, Direttori di Distretto, Direttori di Dipartimento e Direttori dei Presidi Ospedalieri).

Nel corso dell'anno 2025 si terranno in modalità FAD:

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

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

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

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

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

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

Con le Linee Guida 1201/2018, l'Anac ha precisato che la richiamata disposizione contempla una nuova e diversa

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

fattispecie di inconferibilità che preclude lo svolgimento di specifiche attività ed incarichi particolarmente esposti al rischio corruzione e si applica non solo a coloro che esercitano funzioni dirigenziali, ma anche a quanti vengono affidati meri compiti di segreteria ovvero a coloro ai quali vengano assegnate funzioni direttive (collaboratori – categoria D - con incarichi di funzione).

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

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

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

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

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

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

Normativa di riferimento: Art. 35 bis D. Lgs.165/2001 aggiunto dall'art.1, comma 46, della Legge190/2012;

Artt.1 commi 3, 15, 17, 18, 20 L.190/2012 capo II D.lgs. 39/2013; Delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020 "indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico componenti commissioni concorso e commissioni di gara".

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **4.13 Il pantouflage o revolving doors (porte girevoli)**

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

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

Si ritiene, pertanto, che con tale espressione il legislatore abbia voluto considerare tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale. La norma in discorso si applica a tutti i soggetti titolari di uno degli incarichi previsti al D. Lgs. 39/2013 e ai soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo.

In estrema sintesi, l'applicazione della disciplina sul divieto di *Pantouflage* presuppone, quindi, che il dipendente che ha cessato il proprio rapporto lavorativo "pubblicistico" svolga "attività lavorativa o professionale" presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione.

Ma che cosa si intende per "attività lavorativa o professionale"? Con riferimento a tale espressione, l'Autorità ha valutato sia da preferire un'interpretazione ampia. L'attività lavorativa o professionale in questione va estesa a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a:

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## Acquisizione delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di Pantouflage

L'UOC Risorse Umane:

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

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

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

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

Gli Uffici indicati al precedente paragrafo 9.1 verificheranno a campione, in via prioritaria, se gli ex dipendenti o gli operatori economici abbiano reso la dichiarazione d'impegno. In tale campione vanno comunque considerati in via prioritaria i soggetti che abbiano rivestito ruoli apicali. Nell'ambito delle proprie verifiche, possono essere raccolte informazioni utili anche attraverso l'interrogazione di banche dati, liberamente consultabili o cui abbia accesso per effetto di apposite convenzioni nonché per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.

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

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

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

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

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

Nel caso in cui dalla consultazione delle banche dati emergano dubbi circa l'osservanza del divieto di *Pantouflage*, l'UOC Gestione Risorse Umane effettuerà una comunicazione al RPCT che trasmetterà all'Ufficio Controlli Integrati esterni ed interni una richiesta di verifica. Se l'esito del controllo confermerà la violazione del divieto di *Pantouflage*,

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

il RPCT, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmetterà ad ANAC una segnalazione qualificata.

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

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

## 4.14 Whistleblowing

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

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

Successivamente, con Delibera n. 311 del 12 luglio 2023, l'Anac ha pubblicato le linee guida che forniscono indicazioni e principi di cui gli enti pubblici tengono conto per l'attuazione del predetto Decreto.

La sezione in argomento è stata predisposta in armonia con quanto contenuto nelle precitate Linee Guida.

## Definizioni e scopo

### DEFINIZIONI:

- ❖ "Azienda" o "Amministrazione": Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud;
- ❖ "Facilitatore": persona fisica che assiste il segnalante nel processo di segnalazione, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui assistenza deve essere mantenuta riservata;
- ❖ "Whistleblower": Dipendente pubblico, lavoratore subordinato di soggetto del settore privato e assimilati che segnala, denuncia o divulga pubblicamente violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea, che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della pubblica amministrazione o dell'ente privato, di cui è venuto a conoscenza nel contesto lavorativo;
- ❖ "Whistleblowing": istituto di tutela del dipendente pubblico, del lavoratore subordinato privato e assimilati che segnala, denuncia o divulga pubblicamente violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione

europea, che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della pubblica amministrazione, di cui è venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.

- ❖ "Persona coinvolta": La persona fisica o giuridica menzionata nella segnalazione interna o esterna ovvero nella divulgazione pubblica come persona alla quale la violazione è attribuita o come persona comunque implicata nella violazione segnalata o divulgata pubblicamente;
- ❖ "Segnalazione": La comunicazione scritta od orale, delle informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, riguardanti violazioni commesse o che, sulla base di elementi concreti, potrebbero essere commesse nell'organizzazione con cui la persona segnalante o colui che sporge denuncia all'autorità giudiziaria o contabile intrattiene un rapporto giuridico come previsto dal d.lgs. 24/2023, nonché gli elementi riguardanti condotte volte ad occultare tali violazioni;
- ❖ "Divulgazione pubblica": Rendere di pubblico dominio informazioni sulle violazioni tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un elevato numero di persone;
- ❖ "Contesto lavorativo": Le attività lavorative o professionali, presenti o passate, in ragione delle quali, indipendentemente dalla loro natura, un soggetto acquisisce informazioni sulle violazioni e nel cui ambito potrebbe rischiare di subire ritorsioni in caso di segnalazione o di divulgazione pubblica o di denuncia all'autorità giudiziaria o contabile. Deve, comunque, trattarsi di attività svolte dai soggetti che hanno instaurato con l'ente del settore pubblico uno di quei rapporti di natura lavorativa o professionale espressamente indicati dal legislatore nel D.lgs. n. 24/2023;
- ❖ "Indici sintomatici": irregolarità e anomalie che il segnalante ritiene possano dar luogo ad una violazione prevista nel decreto legislativo 10 marzo 2023, n.24;
- ❖ "Key code": codice univoco generato automaticamente dalla piattaforma in uso all'Amministrazione per segretare la segnalazione.

## **SCOPO**

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## Ambito soggettivo e obiettivo di applicazione

### AMBITO SOGGETTIVO

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

- ❖ ai dipendenti a tempo determinato o indeterminato dell'Azienda;
- ❖ ai lavoratori e collaboratori di imprese fornitrici di beni e servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda;
- ❖ lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso l'Azienda;
- ❖ collaboratori, liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso l'Azienda;
- ❖ volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti;
- ❖ persone con funzione di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza (es. componenti degli Organismi Interni di Valutazione).

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

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

### AMBITO OGGETTIVO

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

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

### **Elementi e caratteristiche delle segnalazioni**

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

In particolare, la segnalazione deve contenere:

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2025 - 2027

(art. 6 del DL 80/2021)

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

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

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

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

### Canali e modalità di presentazione delle segnalazioni

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

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

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

L'Amministrazione consente che la segnalazione avvenga con canali alternativi, ed in particolare, in forma scritta

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

con l'invio di una pec o in forma orale attraverso appuntamento con il RPCT, precedentemente programmato su richiesta della persona segnalante.

La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

- ❖ mediante invio all'indirizzo di posta prevenzione.corruzione@aslnapoli3sud.it In tal caso, l'identità del segnalante sarà conosciuta solo dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPCT);
- ❖ a mezzo servizio postale indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione. In tal caso, per garantire la riservatezza, è necessario che la segnalazione venga inserita in due buste chiuse:
  - la prima con i dati identificativi del segnalante unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento (Modulo A);
  - la seconda con i dati relativi alla segnalazione, in modo da separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione (Modulo B).
- ❖ in forma orale, su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto con il RPCT fissato entro un termine di sette giorni dalla richiesta. In tal caso la segnalazione, previo consenso della persona segnalante, è documentata a cura del RPCT mediante verbale.

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

## 4.15 La gestione della segnalazione

### Fase dell'istruttoria

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

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

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

- ❖ Nel caso in cui si rilevi un'evidente e manifesta infondatezza, inammissibilità o irricevibilità si procede ad archiviare la segnalazione. Nello specifico, costituiscono possibili causali di archiviazione:
  - manifesta mancanza di interesse all'integrità della pubblica amministrazione;
  - manifesta incompetenza del RPCT sulle questioni segnalate;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- contenuto generico della segnalazione/comunicazione o tale da non consentire nessun approfondimento;
- segnalazioni aventi ad oggetto i medesimi fatti trattati in procedimenti già definiti.

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

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

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

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

Non saranno prese in considerazione le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci: risulta necessario, infatti, sia tenere conto dell'interesse dei terzi oggetto delle informazioni riportate nella segnalazione, sia evitare che l'amministrazione o l'ente svolga attività ispettive interne che rischiano di essere poco utili e, comunque, dispendiose. Qualora nel corso dell'istruttoria emergano esigenze di verifica e di controllo, il Responsabile si avvale del supporto dell'UOC Controlli Integrati Interni ed esterni che, entro e non oltre 20 giorni, dovrà trasmettere una relazione con gli esiti delle verifiche effettuate. Se la relazione dell'UOC Controlli integrati interni ed esterni

conferma la fondatezza della segnalazione, il RPCT provvederà in conformità con quanto previsto al successivo paragrafo. Il Responsabile ha altresì facoltà di avvalersi del supporto dell'UOC Affari Legali ai fini di un corretto inquadramento normativo della fattispecie che, entro e non oltre 20 giorni, dovrà trasmettere il proprio parere.

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

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

## **Fase decisoria**

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

- ❖ archiviare la segnalazione con adeguata motivazione. La stessa verrà, quindi, inserita e conservata all'interno dell'applicativo informatico;
- ❖ comunicare al segnalante l'archiviazione e la relativa motivazione mediante il sistema informatico.

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## Canale di segnalazione esterno presso ANAC

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

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

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

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

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

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

Le condizioni per poter effettuare una divulgazione pubblica sono:

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## Segnalazione all'Autorità Giudiziaria

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

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

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

La segnalazione è considerata inammissibile per:

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

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

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

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

Nella attività di gestione e verifica della fondatezza della segnalazione, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può avvalersi della collaborazione delle strutture aziendali competenti e all'occorrenza formalmente individuate, e - se necessario - degli organi di controllo esterni all'Azienda. Non spetta al RPCT accertare responsabilità individuali qualunque natura esse abbiano, né svolgere controlli di legittimità e di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione. Le strutture aziendali, coinvolte nella fase istruttoria sono tenute agli stessi vincoli di riservatezza ed alle stesse responsabilità cui è sottoposto il RPCT.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

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

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

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

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

## **4.16 Tutela della riservatezza**

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

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

Il divieto di rivelare l'identità del segnalante, o altro soggetto tutelato, è da riferirsi non solo al nominativo del segnalante ma anche a qualsiasi altra informazione o elemento della segnalazione, ivi inclusa la documentazione ad essa allegata, dal cui disvelamento si possa dedurre direttamente o indirettamente l'identità.

In due casi espressamente previsti dal decreto, per rivelare l'identità del segnalante e degli altri soggetti tutelati, oltre al consenso espresso degli stessi, si richiede anche una comunicazione scritta delle ragioni di tale rivelazione:

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

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

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

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

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

dalla data di comunicazione dell'esito finale della segnalazione - i diritti che normalmente il Regolamento (UE) 2016/679 riconosce agli interessati (il diritto di accesso ai dati personali, il diritto a rettificarli, il diritto di ottenerne la cancellazione o cosiddetto diritto all'oblio, il diritto alla limitazione del trattamento, il diritto alla portabilità dei dati personali e quello di opposizione al trattamento). Dall'esercizio di tali diritti potrebbe derivare un pregiudizio effettivo e concreto alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante. In tali casi, dunque, al soggetto segnalato o alla persona menzionata nella segnalazione è preclusa anche la possibilità, laddove ritengano che il trattamento che li riguarda violi suddetti diritti, di rivolgersi al titolare del trattamento e, in assenza di risposta da parte di quest'ultimo, di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali (ai sensi dell'art. 77 dal Regolamento (UE) n. 2016/679). Resta ferma la possibilità per il soggetto segnalato, presunto autore dell'illecito, di esercitare i propri diritti con le modalità previste dall'art. 160 del D.lgs. n. 196/2003. La riservatezza dell'identità del segnalante tutelata ai sensi dell'art. 2 *undicies*, lett. f) del D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare e dà luogo all'applicabilità di una sanzione amministrativa da parte di ANAC. Nei casi in cui si renda necessario per il RPCT coinvolgere terzi soggetti (interni o esterni all'amministrazione) per le verifiche sui fatti segnalati, è comunque necessario tutelare la riservatezza del segnalante e degli altri soggetti tutelati, anche attraverso l'anonimizzazione dei dati.

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

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

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

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

Esempi di ritorsioni, sebbene non a carattere esaustivo, così come previste dal d.lgs. n. 24/2023, possono essere: il licenziamento, la sospensione o misure equivalenti, la retrocessione di grado o la mancata promozione, il mutamento di funzioni, il cambiamento del luogo di lavoro, la riduzione dello stipendio, la modifica dell'orario di lavoro, la sospensione della formazione o qualsiasi restrizione dell'accesso alla stessa, le note di merito negative

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

o le referenze negative, l'adozione di misure disciplinari o di altra sanzione anche pecuniaria, la coercizione, l'intimidazione, le molestie o l'ostracismo, la discriminazione o comunque il trattamento sfavorevole, la mancata conversione di un contratto di lavoro a termine in un contratto di lavoro a tempo indeterminato laddove il lavoratore avesse una legittima aspettativa a detta conversione, il mancato rinnovo o la risoluzione anticipata di un contratto di lavoro a termine, i danni anche alla reputazione della persona in particolare sui social media, i pregiudizi economici o finanziari comprese la perdita di opportunità economiche e la perdita di redditi, la conclusione anticipata o l'annullamento del contratto di fornitura di beni o servizi, l'annullamento di una licenza o di un permesso, la richiesta di sottoposizione ad accertamenti psichiatrici o medici.

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

Le condizioni per la tutela sono:

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

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

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

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **La “giusta causa” di rivelazione di notizie coperte dall’obbligo di segreto (art. 20 del D.lgs. 24/2023).**

All’insieme di tutele riconosciute al segnalante si deve aggiungere che la rivelazione effettuata dal *whistleblower*, perseguendo “l’interesse all’integrità della p.a. e alla prevenzione e repressione delle malversazioni nelle amministrazioni pubbliche e private”, è intesa come “giusta causa” di rivelazione, escludendo l’integrazione dei reati di “rivelazione e utilizzazione del segreto d’ufficio” (art. 326 c.p.), “rivelazione del segreto professionale” (art. 622 c.p.), “rivelazione dei segreti scientifici e industriali” (art. 623 c.p.). La rivelazione non integra, inoltre, la violazione delle disposizioni relative alla tutela del diritto d’autore, la violazione delle disposizioni relative alla protezione dei dati personali, la violazione delle disposizioni relative alla rivelazione o diffusione di informazioni sulle violazioni che offendono la reputazione della persona coinvolta.

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

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

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

## **I poteri sanzionatori dell’ANAC**

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

- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia commesso ritorsioni;
- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia ostacolato la segnalazione o abbia tentato di ostacolarla;
- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia violato l’obbligo di riservatezza di cui all’art. 12 del d.lgs. n. 24/2023. Restano salve le sanzioni applicabili dal Garante per la protezione dei dati personali per i profili di competenza in base alla disciplina in materia di dati personali;
- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono stati istituiti canali di segnalazione; in tal caso responsabile è considerato l’organo di indirizzo sia negli enti del settore pubblico che in quello privato;
- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono state adottate procedure per l’effettuazione e la gestione delle segnalazioni ovvero che l’adozione di tali procedure non è conforme a quanto previsto dal

decreto; in tal caso responsabile è considerato l'organo di indirizzo sia negli enti del settore pubblico che in quello privato;

- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non è stata svolta l'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute; in tal caso responsabile è considerato il gestore delle segnalazioni;
- ❖ da 500 a 2.500 euro, quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità civile della persona segnalante per diffamazione o calunnia nei casi di dolo o colpa grave, salvo che la medesima sia stata già condannata, anche in primo grado, per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria.

## Pubblicazione

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

	<b>ASL Napoli 3 Sud</b> <b>Via Marconi n. 66 80059 Torre del Greco</b>  <b>AI RPCT</b>
<b>SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. 24/2023 MODULO A – DATI DEL SEGNALANTE</b>	
Nome del segnalante	
Cognome del Segnalante	
Codice fiscale	
Attuale qualifica di servizio	
Attuale unità organizzativa	
Qualifica di servizio all'epoca del fatto segnalato	
Unità organizzativa all'epoca del fatto segnalato	
Non si è ancora istaurato il rapporto giuridico con l'Azienda in qualità di:	
Si è sciolto il rapporto giuridico in qualità di:	
Telefono	
E-mail	

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

Se la segnalazione è già stata effettuata ad altri soggetti compilare la seguente tabella:		
Soggetto	Data della segnalazione	Esito della Segnalazione
Se no, segnalare i motivi per cui la segnalazione non è stata rivolta ad altri soggetti:		
Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento del segnalante. Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del d.P.R. 445/2000.		
Data	Firma del segnalante	

	<b>ASL Napoli 3 Sud</b> <b>Via Marconi n. 66 80059 Torre del Greco</b> <b>AI RPCT</b>
<b>SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. 24/2023 MODULO B – DATI E INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE</b>	
Ente in cui si è verificato il fatto Periodo in cui si è verificato il fatto	
Data in cui si è verificato il fatto	
Luogo fisico in cui si è verificato il fatto	
Soggetto che ha commesso il fatto nome, cognome, qualifica. È possibile inserire anche più nomi.	
Eventuali soggetti privati coinvolti	
Eventuali imprese coinvolte	
Modalità con cui è venuto a conoscenza del fatto	
Eventuali altri soggetti che possono riferire sul fatto: nome, cognome, qualifica, recapiti.	

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

Area a cui può essere riferito il fatto	
Settore cui può essere riferito il fatto	
Descrizione del fatto:	
La condotta è illecita perché:	
Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento del segnalante. Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del d.P.R. 445/2000.	
Data	Firma del segnalante

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

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

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

### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

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

I recapiti del Titolare sono i seguenti:

Asl "Napoli 3 Sud"

Via Guglielmo Marconi, 66, 80059 Torre del Greco NA Tel.: 081/8490645 – Sito istituzionale: [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it)

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

E-mail: [affari.ist@aslnapoli3sud.it](mailto:affari.ist@aslnapoli3sud.it) – PEC: [protocollo@aslnapoli3sud.it](mailto:protocollo@aslnapoli3sud.it)

## **DATA PROTECTION OFFICER**

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

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

## **BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO**

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

- ❖ Obbligo legale (art. 6 par. 1 lett. c));
- ❖ Interesse pubblico (art. 6 par. 1 lett. e));
- ❖ Obblighi in materia di diritto del lavoro (art. 9 par. 2 lett. b));
- ❖ Interesse pubblico generale (art. 9 par. 2 lett. g));
- ❖ Dati relativi a condanne penali e reati (art. 10).

## **TIPI DI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO**

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

## **MODALITÀ DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE**

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

svolto in forma manuale e/o automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dal GDPR.

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

### **DESTINATARI DEI DATI**

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

### **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

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

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

La persona coinvolta o la persona menzionata nella segnalazione, con riferimento ai propri dati personali trattati nell'ambito della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, non può esercitare – per il tempo e nei limiti in cui ciò costituisca una misura necessaria e proporzionata – i diritti di cui sopra che normalmente il Regolamento (UE) 2016/679 riconosce agli interessati, nella misura in cui dall'esercizio di tali diritti potrebbe derivare un pregiudizio effettivo e concreto alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante. In tali casi, dunque, al soggetto segnalato o alla persona menzionata nella segnalazione è preclusa anche la possibilità, laddove ritengano che il trattamento che li riguarda violi suddetti diritti, di rivolgersi al titolare del trattamento e, in assenza di risposta da parte di quest'ultimo, di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **4.17 Aree di rischio**

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

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

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

Rientrano, invece, nelle aree di rischio specifiche:

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

## **4.18 Area di Rischio Generale - Contratti pubblici**

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

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

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

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

precisazioni:

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

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

### **Fase affidamento**

Nella fase di affiamento:

- ❖ possono essere messi in atto comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici, inclusi gli incarichi di progettazione, in elusione delle norme che legittimano il ricorso a tali tipologie di affidamenti;
- ❖ è possibile il rischio di frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da non superare i valori economici che consentono gli affidamenti diretti;
- ❖ è possibile il rischio di frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da eludere le soglie economiche fissate per la qualificazione delle stazioni appaltanti;
- ❖ può non essere data attuazione alla rotazione dei soggetti affidatari, al di fuori dei casi di cui all'articolo 49, comma 5, del Codice, disattendendo la regola generale dei "due successivi affidamenti";
- ❖ per quanto riguarda il c.d. "appalto integrato", consentito per tutte le opere ad eccezione della manutenzione ordinaria, si potrebbero avere proposte progettuali elaborate più per il conseguimento degli esclusivi benefici e/o guadagni dell'impresa piuttosto che per il soddisfacimento dei bisogni collettivi, tali da poter determinare modifiche/varianti, sia in sede di redazione del progetto esecutivo sia nella successiva fase realizzativa, con conseguenti maggiori costi e tempi di realizzazione;
- ❖ si potrebbe avere un aumento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, anche a "cascata", come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## Fase di rendicontazione

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

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

## Fase di esecuzione

Nella fase di esecuzione:

- ❖ si potrebbero osservare comportamenti corruttivi ricorrendo alle modifiche e alle varianti di contratti per conseguire maggiori guadagni, a danno anche della qualità della prestazione resa, in assenza dei controlli previsti dal nuovo Codice e dei vincoli imposti dalla disciplina di settore;
- ❖ è possibile il rischio connesso all'omissione di controlli in sede esecutiva da parte del RUP, del DL o del DEC sul corretto svolgimento delle prestazioni contrattuali per favorire l'impresa esecutrice.

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

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

- ❖ misure di trasparenza: tracciabilità informatica degli atti, aggiornamento periodico degli elenchi degli operatori economici da invitare nelle procedure negoziate e negli affidamenti diretti, puntuale esplicitazione nelle decisioni a contrarre delle motivazioni della procedura di affidamento;
- ❖ misure di controllo: verifiche interne, monitoraggio dei tempi procedurali, con particolare riferimento agli appalti finanziati con i fondi del PNRR, ricorso a strumenti informatici che consentano il monitoraggio e la tracciabilità degli affidamenti diretti fuori MePA per appalti di lavori, servizi e forniture;
- ❖ misure di regolazione: circolari esplicative recanti anche previsioni comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in materia di subappalto, al fine di indirizzare comportamenti in situazioni analoghe e per individuare quei passaggi procedurali che possono dar luogo ad incertezze;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ misure di organizzazione: ad es. rotazione del personale, formazione specifica dei RUP e del personale
- ❖ utilizzo di check list per le diverse tipologie di affidamento: si tratta di strumenti operativi che consentono sia un controllo di primo livello da parte dei soggetti chiamati a redigere la documentazione della procedura di affidamento, al fine di guidare la compilazione degli atti e la loro conformità con la normativa comunitaria e nazionale, sia un controllo successivo di supervisione dei medesimi atti da parte di soggetti diversi (ufficio contratti, RPCT, controlli interni ecc.)
- ❖ stipula di patti di integrità: con previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito, di accettazione degli obblighi, in capo all'affidatario, ad adottare le misure antimafia e anticorruzione ivi previste in sede di esecuzione del contratto.

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

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

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

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

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

- ❖ con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- ❖ con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2025 - 2027 (art. 6 del DL 80/2021)

contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;

- ❖ con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

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

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

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

Riferimento Normativo	Contenuto dell'obbligo
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ed esecuzione conclusa entro il 31.12.2023.	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 01.07.2023 ma non ancora conclusi alla data del 31.12.2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 01.01.2024	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti

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

(Allegato 6 del PIAO)

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

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

(Allegato 6 e Allegato 7 PIAO)

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

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

(Allegato 7 PIAO)

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

Nell'Allegato 6 del presente PIAO sono riportati gli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente – Sez bandi di gara e contratti secondo le indicazioni All.9 PNA 2022.

Nell'Allegato 7 del presente PIAO viene riportata la sez. Bandi di gara e contratti con indicazione degli obblighi di pubblicazione valevoli per gli avvisi e i bandi pubblicati dal 1° gennaio 2024.

I dati rimangono pubblicati in BDNCP e sui siti istituzionali delle amministrazioni per un periodo di almeno cinque anni. In caso di mancata pubblicazione (in BDNCP e sul sito istituzionale) si applica la disciplina dell'accesso civico di cui all'art.5 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33.

La richiesta di accesso civico deve essere presentata al RPCT al fine di verificare se tale omissione sia imputabile ai soggetti tenuti all'elaborazione o trasmissione dei dati. Qualora, invece, sia accertato che la stazione appaltante abbia effettivamente trasmesso i dati alla banca nazionale, la richiesta di accesso deve essere effettuata al RPCT dell'ANAC. Alla scadenza dei termini previsti per la pubblicazione, cinque anni, le stazioni appaltanti devono conservare i dati ai fini di consentire l'esercizio dell'accesso civico generalizzato, di cui all'art.5 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33. Sono responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati, i Direttori/Responsabili di tutte le strutture aziendali competenti in materia di programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché di espletamento di procedure di appalto. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, anche parziale, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale, a norma dell'art. 46 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

### **4.20 Il Rup**

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

#### **Nomina**

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

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

#### **Responsabilità**

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

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

#### **Requisiti**

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

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

#### **Requisiti specifici per i contratti di lavori:**

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

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## **Requisiti specifici per i contratti di servizi e forniture:**

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

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

## **I compiti dei responsabili di procedimento**

Il comma 4 dell'art. 15 prevede la possibilità di nominare responsabili di procedimento per ognuna delle fasi dell'appalto, creando un vero e proprio modello organizzativo ad hoc sotto diretta responsabilità del RUP.

## **Le relazioni del RUP con DEC e DL nella fase esecutiva del contratto**

DL e DEC rappresentano il trait d'union tra il RUP e la ditta esecutrice: il loro compito è dare seguito alle disposizioni di servizio del RUP sul piano operativo entro i tempi previsti.

## **Conflitti di Interesse – RUP**

In tale sede risulta doveroso ribadire che le dichiarazioni si configurano quale misura adeguata alla gestione del conflitto di interessi che la stazione appaltante è tenuta ad adottare ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. 36/2023, al fine di garantire il rispetto degli adempimenti relativi all'obbligo di comunicare situazioni di conflitto di interessi e all'obbligo di astensione da parte dei soggetti coinvolti nella procedura di aggiudicazione e nella fase di esecuzione del contratto

Ogni qual volta si configurino tali situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto.

Lo stesso art. 16 del D.lgs. n. 36/2023 al co. 3 individua, quali rimedi nel caso in cui si verifichi il rischio di un possibile conflitto di interessi, "l'obbligo di darne comunicazione alla stazione appaltante" e di "astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione", pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale.

Proprio per il rilievo che assume la disciplina a tutela dei valori dell'imparzialità e del buon andamento dell'attività delle amministrazioni la stazione appaltante è tenuta a vigilare sulla corretta applicazione della disciplina durante tutte le fasi di una procedura di gara, ivi compresa la fase di esecuzione dei contratti pubblici.

Con riferimento al personale delle stazioni appaltanti, la disciplina si applica a tutto il personale dipendente, a prescindere dalla tipologia di contratto che lo lega alle stesse (ossia contratto a tempo determinato o contratto a tempo indeterminato) e a tutti coloro che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2025 - 2027

(art. 6 del DL 80/2021)

<b>Soggetti ai quali si applica l'art. 16 del Codice dei contratti pubblici</b>
Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo indeterminato
Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo determinato
Soggetti che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna (ad es. Direttore generale, Capo ufficio legislativo, Capo dipartimento, membri degli organi di amministrazione e controllo della stazione appaltante che non sia un'amministrazione aggiudicatrice, organi di governo delle amministrazioni aggiudicatrici laddove adottino atti di gestione, organi di vigilanza esterni)
I prestatori di servizi coinvolti nell'affidamento (ad es. progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori)
I soggetti coinvolti nella fase di esecuzione dei contratti pubblici (ad es. il Direttore dei lavori/Direttore dell'esecuzione e ove nominati, eventuali loro assistenti, il coordinatore per la sicurezza, l'esperto per accordo bonario, gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni, i collaudatori/soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti)
I professionisti coinvolti per conto della stazione appaltante negli affidamenti legati ai fondi del PNRR
I soggetti che compongono organi politici laddove svolgano una funzione amministrativa-gestionale (ad es. affidamenti gestiti da enti locali di ridotte dimensioni, nei quali il soggetto che assolve un incarico di natura politica potrebbe svolgere anche un ruolo gestionale, svolgimento di funzioni di coordinamento nell'ambito delle procedure di gara in ragione dei poteri attribuiti in virtù di normativa eccezionale e/o emergenziale)
Il Presidente e tutti i componenti, sia di parte pubblica che di parte privata, dei collegi consultivi tecnici

<b>Contratti pubblici ai quali si applica l'art. 16</b>
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sottosoglia
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sopra soglia
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sopra soglia
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sottosoglia
Contratti pubblici esclusi dal Codice

Le verifiche sono svolte in contraddittorio con il soggetto interessato e mediante, ad esempio, l'utilizzo di banche dati, relative a partecipazioni societarie o a gare pubbliche alle quali le stazioni appaltanti abbiano abilitazione (ad es. Telemaco, BDNCP), informazioni note o altri elementi a disposizione della stazione appaltante, nel rispetto della normativa sulla tutela della privacy.

L'obbligo di rendere preventivamente la dichiarazione sui conflitti di interessi (e di aggiornarla tempestivamente)

garantisce l'immediata emersione dell'eventuale conflitto e consente all'Amministrazione di assumere tutte le più opportune misure in proposito.

Il modello della autocertificazione deve prevedere:

- ❖ Attività professionale e lavorativa pregressa;
- ❖ Interessi finanziari;
- ❖ Rapporti e relazioni personali;
- ❖ Altro.

### **Attività professionale e lavorativa pregressa**

Elencazione degli impieghi presso soggetti pubblici o privati, a tempo determinato/indeterminato, pieno o parziale, in qualsiasi qualifica o ruolo, anche di consulenza, retribuiti e/o a titolo gratuito, precisando se sono svolti attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

Elencazione delle partecipazioni ad organi collegiali (ad es. comitati, organi consultivi, commissioni o gruppi di lavoro) comunque denominati, a titolo oneroso e/o gratuito, precisando se sono svolte attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

Elencazione delle partecipazioni a società di persone e/o di capitali, con o senza incarico di amministrazione, precisando se sono detenute attualmente ovvero nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

Elencazione degli accordi di collaborazione scientifica, delle partecipazioni ad iniziative o a società e studi di Professionisti, comunque denominati (ad es. incarichi di ricercatore, responsabile scientifico, collaboratore di progetti), condotti con taluna delle imprese partecipanti alla procedura ovvero, personalmente, con i suoi soci/rappresentanti legali/amministratori, precisando se si tratta di rapporti attuali ovvero relativi ai tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

### **Interessi finanziari**

Elencazione delle partecipazioni, in atto ovvero possedute nei tre anni antecedenti, in società di capitali pubbliche o private, riferita alla singola gara e per quanto di conoscenza.

### **Rapporti e relazioni personali -indicare:**

Se, attualmente o nei tre anni antecedenti, un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale rivesta o abbia rivestito, a titolo gratuito o oneroso, cariche o incarichi nell'ambito delle società partecipanti alla procedura ovvero abbia prestato per esse attività professionale, comunque denominata, a titolo gratuito o oneroso.

Se e quali cariche o incarichi, comunque denominati, a titolo gratuito o oneroso, rivesta o abbia rivestito nei tre anni antecedenti nell'ambito di una qualsiasi società privata un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale

Se, in prima persona, ovvero un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale, abbia un contenzioso giurisdizionale pendente o concluso, nei tre anni antecedenti, con l'amministrazione o con le società partecipanti alla procedura.

## **4.21 Area di Rischio Generale - Reclutamento del personale**

Il reclutamento del personale che in sanità avviene attraverso procedure concorsuali è uno dei processi ad elevato rischio corruttivo; pertanto, particolare attenzione va posta ai seguenti aspetti:

- ❖ coerenza tra la richiesta di avvio della procedura concorsuale e l'Atto Aziendale vigente, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore;
- ❖ rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle "Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018);
- ❖ attenta e puntuale definizione dei requisiti di ammissione;
- ❖ commissione di concorso neutrali e competenti.

Per la costituzione delle Commissioni di concorso occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:

- ❖ selezione dei membri della commissione giudicatrice;
- ❖ monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi e la loro rotazione;
- ❖ definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione;
- ❖ acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità;
- ❖ verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi;
- ❖ verifica del rispetto dell'articolo 35-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001, in materia di prevenzione del fenomeno della corruzione che nella formazione di commissioni concorsuali, stabilisce che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- ❖ osservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione;
- ❖ rotazione.

*"Particolare attenzione va rivolta invece al conferimento di incarichi dirigenziali di livello intermedio (strutture complesse ed incarichi a professionisti esterni). L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali" di cui alla determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12. Nel settore sanitario il "rischio" connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all'uso distorto della*

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

*discrezionalità, assume ulteriore rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità, infatti, risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia del servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l'incarico comporta. Il conferimento degli incarichi è una delle dirette prerogative del Direttore Generale delle aziende sanitarie in cui si misura in maniera più evidente la capacità e l'integrità manageriale e l'adeguatezza degli strumenti dallo stesso utilizzati al fine di assicurare la corretta programmazione, pianificazione e valutazione del valore delle risorse umane e professionali e, conseguentemente, dell'organizzazione dei servizi. Vale, infatti, a prescindere dal ruolo, dalla qualifica e dal settore di riferimento, il principio per il quale ogni azienda deve dare evidenza dei processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguimento del pubblico interesse.” (Del. ANAC 831/2016).*

In via generale, si fa presente che gli obblighi di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria dall'art. 41, co 2 e 3, d.lgs. 33/2013 - ovvero direttori generali, direttori sanitari, direttori amministrativi, responsabili di dipartimento e di strutture complesse - sono estesi anche ai responsabili di struttura semplice, per effetto della modifica apportata dal d.lgs. 97/2016. Al fine di rendere coerente l'applicazione della norma di cui all'art. 41, co 3, cit., il riferimento all'art. 15 del d.lgs. 33/2013 ivi contenuto, è presumibilmente rimasto immutato per un difetto di coordinamento normativo, deve intendersi all'art. 14 del medesimo decreto; diversamente si avrebbe una ingiustificata disparità di trattamento tra i dirigenti medici e gli altri dirigenti.

### **Incarichi dirigenziali di struttura complessa**

Tra le principali possibili misure per tale fase vi è quella di verificare, attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore e la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo. Per converso, un opposto evento rischioso può consistere nella mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione. Può costituire una misura per prevenire tale rischio, vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali.

Nella fase di definizione dei profili dei candidati, al fine di evitare l'uso distorto e improprio della discrezionalità (richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati o generici), l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza, anche per fornire alla commissione giudicatrice uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate.

Per le posizioni dirigenziali di strutture complessa la costituzione della Commissione esaminatrice è vincolata da precise norme nazionali e regionali. Occorre solo rendere pubblico e trasparente il sorteggio. Per la costituzione delle Commissioni di concorso per l'ammissione alla dirigenza (strutture non complesse) occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:

- ❖ selezione dei membri della commissione giudicatrice;

- ❖ monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi e la loro rotazione;
- ❖ definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione;
- ❖ acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità;
- ❖ verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi.

Per quanto riguarda la fase di valutazione dei candidati, al fine di evitare il rischio di eccessiva discrezionalità, con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati, esempi di misure di prevenzione consistono nella adozione di linee guida per la definizione dei criteri di valutazione e nella pubblicazione dei criteri e degli altri atti ostensibili della procedura di selezione/valutazione sui siti istituzionali.

Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.

All'atto della nomina, i dirigenti devono produrre la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità ai sensi del decreto legislativo n. 39 del 08/04/2013. Come per i titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice, le dichiarazioni sono pubblicate sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".

Al fine del monitoraggio, sarebbe opportuno implementare un sistema gestionale informatico che consenta la pubblicazione direttamente nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, con la previsione di un campo per l'individuazione dell'anno di presentazione della dichiarazione. Il sistema garantirebbe la verifica massiva del grado di aggiornamento delle dichiarazioni presentate dai dirigenti, nonché, velocizzando le tempistiche, un migliore approfondimento della qualità delle dichiarazioni rese.

### **Incarichi a Direttore di Dipartimento**

La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale. La relativa procedura di conferimento dell'incarico prevede la scelta, da parte del Direttore generale, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso. In questo contesto, eventuali rischi possono configurarsi nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Per evitare e contrastare tali rischi e al fine di garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione del suddetto incarico, sono rese obbligatorie le misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avendo riguardo delle seguenti indicazioni:

- ❖ esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- ❖ predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei direttori di dipartimento;

- ❖ esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale;
- ❖ pubblicazione degli atti del procedimento.

### **Incarichi a Direttore di Presidio Ospedaliero**

La procedura di conferimento di tale incarico equivale alle ordinarie procedure concorsuali di Direzione di struttura Medica Complessa.

### **Incarichi di Direzione di struttura semplice**

Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'Azienda Sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa.

In merito alle modalità di conferimento degli incarichi in area sanitaria e per l'area PTA, l'Asl Napoli 3 Sud ha adottato con DDG n. 712/2023 e 713/2023 rispettivamente il Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali area sanità e il Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali per l'Area PTA.

In ogni caso devono essere adottati tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento con le seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono:

- ❖ verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- ❖ pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);
- ❖ avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- ❖ costituzione della commissione selezionatrice;
- ❖ predeterminazione dei criteri di selezione;
- ❖ misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;
- ❖ esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;
- ❖ esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);

- ❖ pubblicazione degli atti del procedimento.

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva a evidenza pubblica, con la costituzione della commissione, oltre alle misure di cui ai punti precedenti, è necessario sottoporre i componenti delle commissioni a processi di rotazione nonché alla sottoscrizione, da parte degli stessi, delle dichiarazioni di insussistenza o di eventuale sussistenza di incompatibilità o conflitto di interesse. Sarebbe auspicabile prevedere, nella composizione della commissione di selezione, almeno un componente esterno. Nel caso, inoltre, di avviso pubblico in cui non si proceda alla costituzione della commissione, è opportuno fornire indicazioni per la composizione degli organi di natura tecnica che dovranno selezionare i candidati (es. sorteggio informatico)".

Come precisato si evidenzia che il d.lgs. 97/2016 ha introdotto l'obbligo di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria, anche per i responsabili di struttura semplice.

### **Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione e di consulenza**

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale dell'Area Sanità e per la PTA e negli specifici regolamenti adottati dall' Azienda cui si rinvia (DDG n. 712/2023 e DDG n. 713/2023). Occorre pertanto che le Aziende Sanitarie osservino il massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali di cui trattasi, attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito dell'Azienda, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta.

### **Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria**

L'istituto delle sostituzioni rappresenta un ambito particolarmente vulnerabile al rischio di eventi corruttivi legati alla possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Possibili rischi sono, ad esempio, ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi (vantaggio, in quest'ultimo caso, del sostituto la cui retribuzione viene integrata ai sensi di quanto previsto dal CCNL). Per quanto i casi in cui fare ricorso alle sostituzioni siano puntualmente disciplinati dal CCNL, per contrastare i connessi rischi, la misura di prevenzione prioritaria in questo ambito è quella di rendere quanto più possibile trasparenti le relative procedure avuto riguardo delle seguenti indicazioni:

- ❖ pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;
- ❖ esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla sostituzione;
- ❖ altre tipologie di incarichi.

### **Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992**

Tra le tipologie di incarico, quelle previste dall'articolo 15 *septies* del decreto legislativo 502/1992 si caratterizzano

per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. L'articolo stabilisce che le aziende sanitarie ed ospedaliere:

- ❖ possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e interesse strategico, mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporti di lavoro escluso di durata non inferiore a due anni e non superiori a cinque con facoltà di rinnovo, nei limiti del 2% della dotazione organica della dirigenza sanitaria e del 2% della dotazione organica degli altri ruoli dirigenziali, a laureati con comprovata qualificazione professionale e particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica;
- ❖ possono conferire incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, ad esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con l'incarico, per un numero non superiore al 5% della dotazione organica della dirigenza sanitaria nonché al 5% della dotazione organica della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa.

L'azienda prevede una serie di misure per massimizzare i livelli di trasparenza e imparzialità nelle procedure di selezione relative all'attribuzione di incarichi di cui sopra. In particolare, tenuto conto dell'eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza ed interesse strategico, l'azienda esplicita attraverso pubblicazione sul sito istituzionale:

- ❖ le motivazioni del ricorso a tale procedura derogatoria, comprendendo motivazione per il mancato espletamento di concorsi per il reclutamento ordinario;
- ❖ la durata dell'incarico;
- ❖ le competenze professionali richieste;
- ❖ i criteri di selezione.

### **Incarichi extra-istituzionali**

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per l'attività libero professionale, extra ed intra- muraria, del personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria con rapporto di lavoro esclusivo, lo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'ASL Napoli 3 Sud è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate nonché delle prescrizioni aziendali.

Sotto tale profilo è necessario:

- ❖ verificare l'insussistenza dell'incompatibilità per incarichi extraistituzionali conferiti a personale dipendente da parte di soggetti terzi che operano nel settore sanitario (vedi capitolo 6 della presente sezione del Piano);

- ❖ comunicare (nella relazione annuale sulle misure di prevenzione della corruzione previste dal presente Piano e di ottemperanza agli obblighi di pubblicazione) il numero di autorizzazioni rilasciate in ciascun anno distinguendo tra incarichi retribuiti e incarichi gratuiti, nonché le eventuali segnalazioni e violazioni accertate sullo svolgimento di incarichi extra -istituzionali non autorizzati, anche ai fini della redazione della relazione del RPCT di fine anno. Tale comunicazione dovrà essere trasmessa al RPCT dalla Direzione Generale per il tramite dell'UOC Affari Istituzionali.

Lo svolgimento di tali incarichi da parte del dirigente, del funzionario o del professionista sanitario può preconstituire situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'attività istituzionale, ponendosi altresì come sintomo della possibilità che insorgano legami corruttivi. Per questi motivi, l'articolo 1 della legge 190/2012, è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'articolo 53 del decreto legislativo n. 165/2001. Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla Legge e dai Contratti collettivi per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento e le attività extra-istituzionali sono consentite nei limiti di quanto previsto dalla norma.

## ***4.22 Area di Rischio – Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio***

### **Gestione delle entrate e delle spese**

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero rappresentare rischi concreti di corruzione nei seguenti casi:

- ❖ ritardi nell'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;
- ❖ liquidazione fatture senza adeguata verifica della prestazione;
- ❖ sovrappagamenti o fatturare prestazioni non svolte;
- ❖ effettuare rilevazioni di bilancio e rilevazioni non corrette o veritiere;
- ❖ permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture provocando favoritismi tra i creditori ecc.

Tutti questi rischi mettono in evidenza la necessità di adottare misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che consentano la verifica e il controllo della correttezza dei pagamenti effettuati. Al riguardo fondamentale è il "Percorso Attuativo della Certificabilità" (PAC) dei dati e dei bilanci del SSN, strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile nel settore.

Come programmato nel 2023, con DDG n. 354 del 2024, su proposta dell'UOC Gestione Economica e Finanziaria, è stato adottato il regolamento per l'applicazione della normativa in materia di antiriciclaggio e repressione del finanziamento del terrorismo.

## **Gestione del patrimonio aziendale**

La valorizzazione del patrimonio mobiliare e immobiliare delle Aziende Sanitarie rappresenta un obiettivo di fondamentale importanza per l'efficienza e l'efficacia amministrativa in funzione delle finalità istituzionali da perseguire. L'articolo 5 del decreto legislativo 502/92 e ss.mm.ii definisce il patrimonio delle aziende sanitarie come tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti, anche trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché tutti i beni acquisiti nell'esercizio della propria attività o in seguito ad atti di liberalità. Le aziende dispongono del loro patrimonio secondo il regime di proprietà privata nel rispetto delle disposizioni del Codice civile che prevedono che i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono il patrimonio indisponibile e pertanto non possono essere sottratti dalla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge. Tutti gli altri beni compongono il patrimonio disponibile.

La gestione del patrimonio aziendale è affidata alle seguenti unità organizzativa:

- ❖ L' U.O.C. Affari Generali assicura, limitatamente all'aspetto amministrativo, la gestione degli immobili di proprietà, strumentali e non, ovvero altrimenti detenuti dall'Azienda in locazione o comodato d'uso (predisposizione e perfezionamento dei contratti di locazione, attiva e passiva, e dei contratti di comodato, attivo e passivo, e degli atti ad essi propedeutici, consequenziali e connessi);
- ❖ U.O.C. Gestione e Manutenzione del Patrimonio Immobiliare provvedono alla manutenzione degli immobili aziendali e dei relativi impianti, nonché alla loro valorizzazione attraverso la progettazione e l'esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione ed adeguamento delle strutture esistenti, sia ospedaliere che territoriali.
- ❖ U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi gestisce l'inventario informatizzato del patrimonio dei beni mobili.

Ai sensi della normativa vigente ed in particolare dell'art.30 del decreto legislativo n. 33/2013, l'elenco dei beni rientranti nel patrimonio aziendale è pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente – Beni immobili e gestione patrimonio".

## **Procedura Gestione Cespiti mobiliari**

Gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c) del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono tenute a garantire la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci, di cui all'art. 2 del Decreto Ministeriale 17 settembre 2012. Per certificabilità si intende l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che ponga gli Enti nella condizione di essere sottoposti, in ogni momento, con esito positivo alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite nel DM 17 settembre 2012. In considerazione dell'importanza che riveste la corretta rilevazione del reale valore dei beni ai fini dell'attendibilità e della portata informativa dei dati presenti in Bilancio, l'Azienda ha acquistato un sistema gestionale dei cespiti immobiliari. Al riguardo appare opportuno adottare un regolamento per la disciplina la procedura digitalizzata di gestione dei cespiti.

Unitamente a un regolamento per la gestione dei cespiti, sarebbe opportuno che l'Azienda si dotasse di un regolamento per le donazioni.

## **4.23 Aree di rischio specifico in Sanità**

### **Area di rischio specifica - Attività Libero Professionale ALPI**

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per questi motivi è necessario prevedere delle misure di gestione del rischio nella fase autorizzatoria, nello svolgimento dell'attività e nelle interferenze con l'attività istituzionale. I possibili eventi rischiosi possono essere:

- ❖ false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- ❖ inadeguata verifica dell'attività svolta in regime intramoenia;
- ❖ errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
- ❖ lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- ❖ lo squilibrio tra numero di prestazioni erogate in regime ordinario e numero di prestazioni erogate in ALPI;
- ❖ trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

Nel prossimo triennio si procederà, d'intesa con i Responsabili competenti per materia, all'inserimento delle misure di prevenzione più adatte a contenere tali rischi.

### **Area di rischio specifica - Liste d'attesa**

Per quanto concerne, invece, le liste d'attesa il problema riscontrato, su tutto il territorio nazionale, è dato dalla lunghezza delle liste e quindi delle tempistiche di attesa del cittadino nella fruizione dei servizi del sistema sanitario nazionale/regionale. Le motivazioni alla base possono essere così riassunte:

- ❖ carenza di specialisti ambulatoriali;
- ❖ minore offerta di prestazioni da parte delle strutture ospedaliere per la riduzione degli organici;
- ❖ scelta dell'assistito di particolari specialisti per i quali si registrano tempi lunghi che alterano la media;
- ❖ offerta territoriale disomogenea;
- ❖ errata registrazione sul sistema informativo aziendale del grado di priorità.

Nel prossimo triennio saranno aggiornate le misure di mitigazione del rischio nell'area specifica di rischio "Attività Libero Professionale e Liste di Attesa".

### **Area di rischio specifica - Controlli nelle strutture accreditate**

Anche nell'area dell'accreditamento delle strutture private si annida la corruzione in quanto a fronte di precise

esigenze dell'utenza che potrebbero essere soddisfatte dalle strutture pubbliche ben amministrate, si preferisce esternalizzare servizi.

Il servizio sanitario pubblico e quello privato collaborano, ma con finalità diverse.

Il primo ha l'obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali; il secondo ha lo scopo – lecito – di generare utili. La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sull'accreditamento e la fornitura di prestazioni a prezzi concordati.

Possibili eventi a rischio:

- ❖ errori nella valutazione dei fabbisogni;
- ❖ ritardi o accelerazione nel rilascio delle autorizzazioni;
- ❖ ritardi o accelerazioni nelle visite ispettive finalizzate al rilascio delle autorizzazioni;
- ❖ omissioni e/o irregolarità nei verbali ispettivi;
- ❖ falsificazione di referti con lo scopo di far rientrare l'intervento nella categoria autorizzata oppure per il quale è previsto un rimborso superiore al dovuto.

### **Area di rischio specifica – Farmaceutica**

L'informazione scientifica spesso viene manipolata ad uso e consumo dei produttori di farmaci e tecnologie che per l'impiego di capitali effettuato nella ricerca scientifica, condizionano le riviste mediche nella selezione delle informazioni da pubblicare e i medici nella prescrizione di farmaci, atteso che questi ricevono le maggiori informazioni proprio dalla longa manus degli informatori che hanno carta bianca nel proporre iniziative gratuite a spese delle ditte produttrici.

Così anche nell'ambito della ricerca e dello sviluppo dei farmaci, i rischi principali sono legati alla comunità scientifica. Alla base di ciò vi è la perdita della sua indipendenza perché condizionata dai finanziamenti delle aziende farmaceutiche. In questo ambito, è stato rilevato il pagamento di tangenti a medici e ricercatori affinché falsificassero le informazioni al fine di creare allarme su un determinato problema, fenomeno o pandemia. Inoltre, a volte i ricercatori manipolano i dati (ad esempio selezionando i soli indicatori di esito) o omettono alcuni risultati della ricerca per mostrare i soli benefici di un nuovo farmaco.

Nel settore farmaceutico, possibili truffe si realizzano nel:

- ❖ furto di medicinali;
- ❖ comparaggio farmaceutico;
- ❖ improprio utilizzo di farmaci;
- ❖ richiesta di indebiti rimborsi;
- ❖ il fenomeno delle prescrizioni di farmaci a soggetti deceduti che si verifica quando il medico prescrive medicinali a pazienti inconsapevoli o deceduti con correlative erogazioni da parte della farmacia che riceve i rimborsi vendendo abusivamente farmaci defustellati.

Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare l'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario. Altro evento rischioso può consistere in omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali- quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria. Nel primo caso una possibile misura consiste nella sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.

### **Area di rischio specifica - Attività di vigilanza, controlli, ispezioni**

"Le attività di vigilanza, controllo, ispezione, e l'eventuale irrogazione di sanzioni riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori "con particolare attenzione alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione quali, a titolo di esempio, la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione" ed ancora nella determina ANAC n. 12/2015 "*È necessario pertanto mettere in atto anche in questo campo misure specifiche volte, per esempio, a perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, come l'utilizzo di modelli standard di verbali con Check list, la rotazione del personale ispettivo, l'introduzione nei codici di comportamento di disposizioni dedicate al personale ispettivo stesso*". Sotto tale profilo, di seguito si elencano le attività che dovranno essere progressivamente mappate. A seguito della valutazione della tipologia di rischio cui sono soggette, a decorrere dalla prossima programmazione triennale per le predette attività dovranno essere identificate le misure di mitigazione del rischio per le seguenti aree:

- ❖ controlli e autorizzazione della Area Veterinaria del Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ assistenza Sanitaria Distrettuale e Ospedaliera;
- ❖ medicina legale;
- ❖ certificazioni Medico Legali Ospedaliere - Referti dei PS dei Presidi Ospedalieri;
- ❖ decessi intraospedalieri.

La gestione delle attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero e delle strutture mortuarie ha forti implicazioni di natura sia etica sia economica – che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari – connesse alla commistione di molteplici interessi che si concentrano in questo particolare ambito. Le problematiche correlate a questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero e alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, impongono dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, un'appropriata modalità di gestione. Vanno quindi adottate misure che devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti in ordine alla correttezza, legalità, eticità nella gestione del servizio.

Proprio per tali motivi si renderebbe necessario attivare il Registro delle Aziende Funebri, ma anche un protocollo al fine di garantire che l'individuazione dei servizi di onoranze funebri derivi da scelta autonoma dei familiari del defunto, al di fuori della struttura ospedaliera, senza condizionamenti da parte di dipendenti aziendali.

## 4.24 Monitoraggio

In merito all'attività di monitoraggio occorre evidenziare che soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità (es. dislocazione sul territorio di diverse sedi) come nel caso di questa Azienda, il monitoraggio in capo al solo RPCT potrebbe non essere facilmente attuabile, anche in funzione della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare. L'importanza di dotare il RPCT di una propria struttura, con adeguato personale, infatti, emerge proprio nella fase del monitoraggio. Ciò è stato ribadito dall'Anac (vedi Allegato 6 del PNA 2022)

Per tale ragione, sono stati previsti sistemi di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello, dunque, può essere attuato in autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione delle misure di prevenzione. In ogni caso lo stato dell'arte in ordine all'attuazione della misura di prevenzione deve risultare da evidenze documentali e comportamentali. Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT tramite i Referenti aziendali per l'Anticorruzione e per la Trasparenza, controllerà la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

Nell'ambito dell'attività svolta in merito dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, un contributo importante per l'identificazione e la valutazione dei rischi corruttivi, viene dalle relazioni elaborate dai singoli Direttori di strutture. In particolare, nelle relazioni pervenute dall'UOC ABS e dell'UOC Ingegneria Clinica (nota prot. n. 247579 del 28/11/2024 e prot. n. 270978 del 31/12/2024) si evince che anche nel caso di aggiudicazione di affidamenti diretti sono state definite procedure interne che consentono la selezione degli operatori in modo competitivo e trasparenti

Da quasi tutte le relazioni emerge che i Direttori delle strutture aziendali hanno effettuato tutte le azioni necessarie per la sensibilizzazione del proprio personale rispetto al contenuto del Codice Disciplinare.

Per quanto concerne la rotazione ordinaria e straordinaria degli incarichi, con nota prot. n.251225 del 3/12/2024, la UOC GRU ha precisato che questa è stata effettuata ed ha richiamato gli atti e i provvedimenti al riguardo.

Dalla lettura delle relazioni pervenute emerge altresì che i Direttori delle articolazioni aziendali ottemperano regolarmente agli adempimenti previsti in materia di conflitto di interesse con l'acquisizione delle prescritte dichiarazioni, effettuano un regolare controllo sulle presenze e sulle autorizzazioni ai servizi esterni.

Si evidenzia la necessità da parte della scrivente, soprattutto in considerazione dell'implementazione del software "Portale della Trasparenza", dell'individuazione da parte dei Referenti Strutture di un incaricato per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza. Al riguardo, degna di nota, è la proficua collaborazione che si è instaurata con l'incaricata dell'UOC ABS. Individuare una persona che si occupi precipuamente o esclusivamente degli adempimenti in discorso è decisivo per la qualità della realizzazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e dei correlati obblighi di trasparenza, ovviamente laddove ciò sia possibile, attese anche le numerose

segnalazioni pervenute da parte delle Unità operative di mancanza di personale, soprattutto di collaboratori amministrativi e informatici.

## **4.25 La trasparenza**

La trasparenza si pone come uno dei migliori strumenti di prevenzione e di lotta alla corruzione e concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza, integrità e lealtà.

É fondamentale precisare che la trasparenza deve essere intesa non come un adempimento aggiuntivo rispetto alle normali attività delle strutture interessate alla pubblicazione dei dati, bensì come attività propria e caratterizzante il modo di operare dell'Azienda.

Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si arricchisce oggi, a seguito dell'introduzione del PIAO, con il riconoscimento del suo concorrere alla protezione e alla creazione di valore pubblico. Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, sia esterni che interni.

Dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 emerge che per favorire la creazione di valore pubblico, un'amministrazione dovrebbe prevedere obiettivi strategici, che riguardano anche la trasparenza, quali ad esempio:

- ❖ rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- ❖ revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);
- ❖ promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione);
- ❖ incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- ❖ informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- ❖ miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- ❖ digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- ❖ individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;

- ❖ incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- ❖ miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- ❖ promozione di strumenti di condivisione di esperienze e best practies 1 (Es: costituzione/partecipazione a Reti di RPCT in ambito territoriale);
- ❖ consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- ❖ integrazione tra sistema di monitoraggio del PTPCT o della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- ❖ miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente;
- ❖ rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale.

## I soggetti coinvolti

I soggetti coinvolti sono:

- ❖ Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che coordina gli interventi e le azioni relativi alla trasparenza e svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, segnalando gli esiti di tale controllo all'OIV. A seguito dell'introduzione dell'accesso civico generalizzato, il Responsabile per la trasparenza e i dirigenti responsabili delle varie funzioni controllano la regolare attuazione dell'accesso civico. Successivamente alla pubblicazione dell'attestazione annuale sulla trasparenza da parte dell'OIV che la invia ad ANAC, il RPCT assume le iniziative utili a superare le criticità segnalate dall' OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili;
- ❖ Nell'ottica di partecipazione alla creazione di valore pubblico e alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione dell'ASL, va inquadrato il potere riconosciuto all'OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC. L'organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile;

- ❖ I Direttori delle Unità operative complesse, dei Dipartimenti, dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri sono i Referenti della Trasparenza e hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e della pubblicazione dei dati e delle informazioni previsti dagli allegati n. 5 e n. 6 (trasparenza) al presente piano. I Direttori dei PPOO possono farsi coadiuvare dai Direttori delle UUOCC Servizi Amministrativi Ospedalieri Area Nord e Area Sud per l'adempimento degli obblighi previsti dalla presente sezione del Piano;
- ❖ Stakeholder interni ed esterni.

La cultura della trasparenza ha una valenza trasversale in tutti gli ambiti di attività e coinvolge necessariamente i soggetti interni ed esterni all'Azienda sia come detentori e comunicatori dei dati sia come fruitori delle informazioni. È importante favorire il coinvolgimento delle associazioni dei consumatori, le associazioni di volontariato maggiormente rappresentative sul territorio, i sindacati del personale dirigente e del comparto, e del personale convenzionato. L'Asl Napoli 3 Sud si impegna ad attivare politiche di coinvolgimento degli stakeholder, interni (es. sindacati, dipendenti) ed esterni (es. cittadini, associazioni, imprese, centri di ricerca) per individuare le esigenze di trasparenza e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per garantire la trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità.

L'Asl Napoli 3 Sud intende coinvolgere e dialogare con gli stakeholders attraverso differenti modalità:

- ❖ Indiretta, attraverso le notizie apprese tramite i media locali;
- ❖ Diretta, con l'invio di una mail all'indirizzo [prevenzionecorruzione@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:prevenzionecorruzione@pec.aslnapoli3sud.it) per trasmettere suggerimenti e proposte da apportare modifiche al programma o eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate o in merito a ritardi o inadempienze riscontrate.

Il processo di adozione del Piano deve necessariamente coinvolgere tutti i soggetti aziendali interessati. Deve essere attuata la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi di trasparenza e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione compresi gli stakeholder interni ed esterni. A tal fine prima dell'approvazione del Piano o del suo aggiornamento deve essere pubblicato sul sito Internet apposito avviso pubblico al fine di raccogliere suggerimenti e proposte. Sulla base delle proposte e dei suggerimenti pervenuti da tutti i soggetti interni ed esterni, il RT elabora la bozza finale di piano che viene inviata e condivisa con la Direzione Aziendale prima della formale approvazione.

## **4.26 Dati da pubblicare e procedura per la pubblicazione**

L'ASL Napoli 3 Sud pubblica, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti sui cui vige obbligo di pubblicazione ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. L'obiettivo è quello di procedere ad una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità. L'Azienda pone attenzione al concetto della qualità dei dati da pubblicare, anche alla luce delle stringenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali di cui al Regolamento UE/679/2016, ovvero sulla questione relativa al bilanciamento tra Privacy e Trasparenza al fine di garantire esatta attuazione delle prescrizioni contenute nel D. Lgs. 33/2013, nonché delle Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali contenuti in atti e documenti amministrativi.

I dati da pubblicare sono quelli previsti dalla normativa vigente ed indicati nelle Tabelle allegate n. 6 e n. 7.

Le Tabelle oltre a specificare i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i relativi riferimenti normativi e la tempistica, in coerenza con le linee guida dell'ANAC, specificano i Responsabili della elaborazione e della pubblicazione del dato.

All'interno dell'Azienda, il Responsabile della Trasparenza (di seguito, per brevità "RT") esercita i poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui effettività dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che a vario titolo partecipano al sistema nel suo complesso.

In particolare, svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti della Trasparenza mediante:

- ❖ comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- ❖ organizzazione di gruppi di lavoro;
- ❖ qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

Il RT ha un ruolo di regia, coordinamento e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione, ma non sostituisce i Referenti della Trasparenza, nell'individuazione, elaborazione, raccolta, trasmissione, pubblicazione e rimozione dei dati, documenti e informazioni. Per quanto concerne la tempistica di ciascuna pubblicazione vige l'indicazione riportata in relazione a ciascun obbligo di cui agli allegati n. 6 e n. 7 del presente Piano.

Secondo le indicazioni ANAC contenute nella delibera 1310 del 2016, la data di aggiornamento del dato, documento e informazione deve essere indicata in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente". Laddove tale data non venga apposta automaticamente dal sistema informatico di pubblicazione, è a carico del responsabile della pubblicazione indicare la data di aggiornamento del dato, documento o informazione, distinguendo quella di iniziale pubblicazione da quella di successivo aggiornamento. Entro il 30 novembre, i Referenti della Trasparenza provvedono a dichiarare l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione in merito alla corretta, completa ed aggiornata pubblicazione dei dati di competenza; tale dichiarazione va trasmessa al RPCT nella relazione annuale recante le misure attuate previste dalla Sezione "Prevenzione della Corruzione".

I Direttori di U.O.C., di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero, in qualità di "Fonte", sono responsabili

della pubblicazione dei documenti e garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal decreto n. 33/2013 e ss.mm.ii.

Nel caso in cui i documenti, i dati e le informazioni debbano essere pubblicati da una struttura diversa da quella che li ha elaborati, la richiesta di pubblicazione deve essere formalmente ed espressamente nel rispetto di quanto previsto dalla DDG 4/2016 avente ad oggetto "Manuale di Gestione del Protocollo Informatico".

Al fine di agevolare la pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni oggetto di obblighi di trasparenza, in particolar modo per quei dati che necessitano di un gestionale per l'inserimento (ad esempio quei dati relativi alla gestione delle risorse umane e degli acquisti di beni, servizi e lavori), il RPCT e l'UOC Sistemi Informatici hanno condiviso il processo di acquisto di un software per la gestione dell'amministrazione trasparente. Tale software è costituito da un ambiente gestionale (Back-office) e dal "Portale della Trasparenza" (in sigla PAT), che va a sostituire l'area "Amministrazione Trasparente" del sito dell'Ente. L'addestramento per il software PAT ha avuto luogo per l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (che coadiuva il RPCT nello svolgimento delle attività e funzioni) e per l'UOC Sistemi Informatici a gennaio.

Successivamente avrà luogo l'addestramento per le ulteriori articolazioni aziendali.

Al fine invece di semplificare (in termini di tempo) l'operatività delle Strutture aziendali per il caricamento dei dati, il RPCT ha richiesto alla UOC Sistemi Informatici l'implementazione dell'interoperabilità tra il sistema gestionale documentale GEDOC e il PAT. Tale soluzione è attualmente in fase di valutazione, sotto il profilo tecnico, da parte della UOC Sistemi Informatici.

## Altri contenuti

L'Anac ha precisato che le Amministrazioni possono disporre la pubblicazione in Amministrazione Trasparente di dati, informazioni e documenti per i quali non sussiste uno specifico obbligo di trasparenza previsto dalla legge. L'Anac chiarisce altresì che, ai fini dell'individuazione dei predetti dati, una Amministrazione parta dalle richieste di conoscenza dei propri portatori di interesse e analizzi le richieste di accesso ai dati ai sensi della legge 241/90 per individuare le tipologie di informazioni che rispondono a richieste frequenti e risultano perciò pubblicabili nella logica dell'accessibilità totale. I dati ulteriori possono anche consistere in elaborazioni di secondo livello di dati e informazioni obbligatori, resi più comprensibili per gli interlocutori che non hanno specifiche competenze tecniche. Restano fermi i limiti previsti da disposizioni di legge, nonché la necessità di rispettare la normativa dei dati personali. I dati ulteriori vengono pubblicati nella sottosezione di primo livello "Dati ulteriori", laddove non sia possibile ricondurli ad alcuna delle sottosezioni in cui si articola la sezione Amministrazione trasparente.

A tal fine, nel caso in cui una Struttura Aziendale intenda pubblicare un dato ulteriore, ne inoltra specifica richiesta al RPCT che, previo confronto con la Direzione strategica, ne dispone l'inserimento nella tabella riepilogativa degli obblighi di trasparenza allegata al PIAO.

La pubblicazione del dato ulteriore nella sezione Amministrazione Trasparente spetta sempre alla struttura aziendale che detiene il dato.

## 4.27 Comprensibilità dei dati

I Direttori delle UU.OO.CC. centrali, di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero, in qualità di Referenti della Trasparenza, devono curare la qualità della pubblicazione, affinché i cittadini e gli altri portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto. In particolare, i dati e i documenti devono essere pubblicati in aderenza alle seguenti caratteristiche:

Caratteristica dati	Note esplicative
Completi ed accurati	I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni.
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente. Pertanto, occorre: a) evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l'effettuazione di calcoli e comparazioni; b) selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche.
Aggiornati	Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente.
Tempestivi	La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente.
In formato aperto	Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina web dove le informazioni sono riportate o mediante link facilmente individuabili.

## 4.28 Controllo e Monitoraggio

Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge e autonomamente dall'Asl Napoli 3 Sud, concorrono, oltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) e l'OIV, i Direttori di U.O.C., di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero.

Il monitoraggio sul rispetto degli obblighi di pubblicazione nella Sezione "Amministrazione trasparente" del portale regionale è svolto dal RPCT mediante interazione ed attestazione da parte delle strutture organizzative aziendali (UOC, Distretti, Dipartimenti e Presidi ospedalieri) responsabili *ratione materiae* dell'elaborazione e della pubblicazione dei dati, di cui ci si avvale secondo il principio della responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti (ANAC). Il monitoraggio, dunque, sarà svolto su più livelli:

- ❖ il 1° livello di monitoraggio è svolto dalle UUOCC, Distretti, Dipartimenti e Presidi Ospedalieri in qualità di Referenti per la trasparenza. Il monitoraggio è almeno annuale (possono essere posti in essere più

monitoraggi infra-annuali, su iniziativa del Referente della trasparenza della SPL o su richiesta del RPCT) e riguarda tutti gli obblighi di trasparenza di competenza delle predette strutture mediante controlli diretti sulla presenza dei dati (e relativi profili di qualità della trasparenza;

- ❖ il 2° livello di monitoraggio, posto in essere dal RPCT, consiste nell'approfondimento tra il RPCT e i Referenti per la trasparenza interessati sulle criticità emerse dai report conclusivi del 1° livello di monitoraggio. A questo si può aggiungere un'analisi di dettaglio su specifici obblighi di trasparenza, individuati su base campionaria o in considerazione di altri fattori di volta in volta esplicitati (ad esempio, gli obblighi afferenti a settori particolarmente rilevanti sotto il profilo dell'uso delle risorse pubbliche). Un monitoraggio avviene anche in occasione dell'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte della ASL, operata dall'OIV per espressa previsione dell'art. 14, comma 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009, dell'art. 44 del d.lgs. n. 33/2013 e, da ultimo, dell'art. 1, comma 8-bis, della l. n. 190/2012, a seguito di specifica delibera dell'ANAC.

A tal fine il RPCT evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate, i soggetti responsabili, i quali dovranno provvedere a sanare le inadempienze entro e non oltre 30 giorni dalla segnalazione. Decorso infruttuosamente tale termine, il RPCT è tenuto a dare comunicazione all'OIV della mancata attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Spetta, infatti, all'OIV il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza e all'integrità. Il documento di attestazione deve essere prodotto avvalendosi della collaborazione del Responsabile della Trasparenza che deve fornire tutte le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità dei dati pubblicati. L'attività di controllo interna assume un rilievo cruciale quale strumento per rafforzare ulteriormente il sistema di prevenzione del rischio di corruzione.

## **4.29 Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati**

In base all'art. 1 comma 3 del d.lgs. n. 33 del 2013 gli obblighi di trasparenza integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dall'amministrazione a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art.117 secondo comma lett. m) della Costituzione. L'attuazione di detti obblighi costituisce obiettivo trasversale comune a tutte le strutture Aziendali rilevante ai fini della valutazione delle prestazioni e della performance individuale dei dirigenti.

Le responsabilità sono incardinate, oltre che nella figura del RPCT, anche nei dirigenti responsabili delle UUOCC, dei Distretti, dei Dipartimenti e dei Presidi Ospedalieri, che siano "responsabili della elaborazione e della trasmissione" dei documenti, delle informazioni e dei dati. Infatti, l'art. 10 prevede che l'amministrazione debba indicare i responsabili della trasmissione e della pubblicazione all'interno del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. Per quanto riguarda i dirigenti responsabili delle predette strutture, gli stessi devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Inoltre, come chiarisce la modifica al comma 4 dell'art. 43, ricade sotto la loro responsabilità anche il controllo della regolare attuazione dell'accesso civico, attese le rilevanti finalità dell'istituto. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione (rifiuto, differimento e limitazione dell'accesso civico) costituisce, ai sensi dell'art. 46, elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale. L'inadempimento non è sanzionato nel caso in cui sia data prova che il fatto deriva da causa non imputabile all'autore dello stesso. Il RPCT deve segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione, in relazione alla loro gravità, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile deve segnalare gli inadempimenti anche al vertice politico dell'amministrazione e all'OIV, ai fini dell'attivazione di altre forme di responsabilità.

## **Rimozione dei dati**

Il d.lgs. n. 33/2013, all'art. 8 prevede che "i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti". In tutti i casi in cui non è specificato il momento iniziale della pubblicazione essa si intende tempestiva.

Decorso il termine di durata dell'obbligo di pubblicazione i dati, le informazioni e i documenti restano accessibili ai sensi dell'articolo 5, che disciplina la fattispecie dell'accesso civico. Nel caso in cui si ritenga di lasciarli in pubblicazione, essi andranno trattati ai sensi dell'art. 7 *bis*, comma 3 e cioè come dati ulteriori dei quali non è richiesta la pubblicazione. Questo implica che i dati personali eventualmente presenti dovranno essere anonimizzati e che la pubblicazione potrà essere fatta solo dopo aver valutato l'assenza di pregiudizio ad uno degli interessi pubblici o privati indicati dall'art. 5 *bis* (esclusioni e limiti all'accesso civico).

I soggetti responsabili della trasmissione del dato, dell'informazione o del documento e della loro pubblicazione, sono, altresì responsabili della rimozione allo scadere del termine di pubblicazione obbligatoria. Nel caso in cui si sia verificata un'alternanza dei soggetti responsabili, saranno responsabili anche della rimozione delle pubblicazioni avvenute prima del loro incarico.

La rimozione dei dati, delle informazioni e dei documenti allo scadere del termine previsto, è assolutamente necessaria laddove siano coinvolti dei dati personali. Infatti, una volta scaduti i termini di pubblicazione obbligatoria e in assenza di ulteriori norme che la legittimino, la diffusione del dato personale, non avendo più copertura normativa, costituisce violazione delle norme in materia di riservatezza e trattamento dei dati.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
**Triennio 2025 - 2027**  
*(art. 6 del DL 80/2021)*

D.lgs. n. 33/2013	Contenuto dell'obbligo
Art. 8 co.3 - Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione	I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4. Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5.
Art. 15 co. 4 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui ai commi 1 e 2 entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico

## La pubblicazione tramite i link alle Banche Dati

Visto l'art. 9 bis del D. Lgs. 33/2013, per garantire l'effettiva corrispondenza tra obblighi di pubblicazione e adempimento conseguente, si procederà, laddove possibile, all'assolvimento degli obblighi attraverso i link alle banche dati esistenti (Allegato B, art. 9 bis D. Lgs. 33/2013, come da tabella che segue).

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma/e istitutiva/e della banca dati	Obblighi previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013
1.	Perla PA	PCM-DFP	- Artt. 36, co. 3, e 53 del d.lgs. n. 165 del 2001; - art. 1, co. 39-40, della legge n. 190 del 2012	Art. 15 (titolari di incarichi di collaborazione o consulenza); art. 17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato); art. 18 (dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici)
2.	SICO Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle Amministrazioni pubbliche	MEF-RGS (IGOP)	Artt. 40-bis, co. 3, e 58-62 del d.lgs. n. 165 del 2001	Art. 16, co. 1-2 (dotazione organica e costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato); art. 17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato); art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale); art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa)

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma/e istitutiva/e della banca dati	Obblighi previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013
3.	Archivio contratti del settore pubblico	ARAN CNEL	Artt. 40-bis, co. 5, e 47, co. 8, del d.lgs. n. 165 del 2001	Art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale); art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa)

## 4.30 Accesso civico

Nell'attuale ordinamento, accanto all'accesso cosiddetto classico, previsto dalla legge sul procedimento amministrativo (legge n. 241/90 e DDG n. 100 del 18.02.2016), si collocano gli istituti dell'accesso civico semplice e generalizzato introdotti dal d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., cosiddetto testo unico della Trasparenza.

In particolare, come anticipato, l'accesso civico può essere:

- semplice, disciplinato dal comma 1 dell'art. 5 del d.lgs. 33 2013, ai sensi del quale l'obbligo previsto in capo all'ente di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione. In sostanza al dovere di pubblicazione dell'ente corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza;
- generalizzato, delineato nel comma 2 del citato art. 5, secondo cui, per favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e per promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dall'ente, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

### Legittimazione ed esercizio dell'accesso civico

L'esercizio dell'accesso civico non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente (questo profilo è una delle più rilevanti differenze tra tale istituto e l'accesso di cui alla legge sul procedimento amministrativo).

### Differenze con l'accesso documentale

La sostanziale differenza tra l'accesso civico e l'accesso ai documenti ex art. 22 l. n. 241/90 va ravvisata nel fatto che la richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione riguardo alla legittimazione soggettiva del richiedente. Contrariamente a quanto affermato nella legge sul procedimento, dove il diritto di accesso è riconosciuto ai portatori di un interesse giuridico diretto, concreto e attuale, per presentare la richiesta di accesso civico non è necessario fornire una motivazione.

## Contenuto della richiesta di accesso civico generalizzato

La richiesta di accesso generalizzato deve identificare i documenti e i dati richiesti poiché deve essere consentito all'Amministrazione di identificare agevolmente i documenti o i dati richiesti.

Il modulo per presentare l'istanza di accesso è rinvenibile nella sezione "Accesso civico - Accesso Atti Amministrativi" sull'homepage del sito istituzionale.

L'istanza può essere trasmessa per e-mail ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- ❖ all'Ufficio che detiene i dati (gli indirizzi di posta elettronica sono reperibili sul sito aziendale [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it));
- ❖ alla UOC Relazioni con il Pubblico alla mail [relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it](mailto:relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it) o alla pec [relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it), che procede, nel caso di art. 5 comma 1 d.lgs. 33/13 e s.m.i. a trasmettere al richiedente il link di riferimento all'obbligo di pubblicazione;
- ❖ nel caso di richiesta di cui all'art. 5 comma 2 d.lgs. 33/13 e s.m.i. ad attivare la procedura della richiesta al responsabile di struttura in possesso delle informazioni richieste.
- ❖ Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Nel caso in cui vengano presentate istanze nelle quali non sono identificati chiaramente i documenti e i dati di cui si chiede l'ostensione, l'Ente chiede di precisare l'oggetto della richiesta.

L'Ente consente l'accesso generalizzato anche quando riguarda un numero cospicuo di documenti e informazioni, a meno che la richiesta risulti manifestamente irragionevole, tale da compromettere il buon andamento dell'Amministrazione. In tale ultimo caso il provvedimento di rifiuto deve essere adeguatamente motivato dalla sussistenza degli elementi che integrano l'esistenza del pregiudizio concreto.

L'accesso civico generalizzato è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela della sicurezza pubblica e ordine pubblico, sicurezza nazionale. Il diniego è altresì necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela della protezione dei dati personali, della libertà e della segretezza della corrispondenza.

## Soggetti Controinteressati

Se l'ufficio individua soggetti controinteressati è tenuto a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia della richiesta di accesso civico generalizzato, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o per via telematica (a coloro che abbiano acconsentito a questa forma di comunicazione).

- ❖ I soggetti controinteressati sono esclusivamente le persone fisiche e giuridiche portatrici degli interessi privati di cui all'art. 5 bis, comma 2 del decreto trasparenza: protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia;
- ❖ libertà e segretezza della corrispondenza intesa in senso lato ex art. 15 Costituzione;
- ❖ interessi economici e commerciali, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

Possono essere controinteressati anche le persone fisiche interne all'amministrazione (ad es. componenti degli organi di indirizzo, dipendenti, componenti di altri organismi).

Entro 10 giorni dalla ricezione della comunicazione, i controinteressati possono presentare una motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di accesso. Decorso tale termine, l'Ente provvede sulla richiesta di accesso, accertata la ricezione della comunicazione da parte dei controinteressati.

## Tempi di risposta

Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato entro 30 giorni (art. 5, c. 6, del d.lgs. n. 33/2013) dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione del relativo esito al richiedente e agli eventuali soggetti controinteressati. Tale termine è sospeso nel caso di comunicazione dell'istanza ai controinteressati durante il tempo stabilito dalla norma per consentire agli stessi di presentare eventuale opposizione (10 giorni dalla ricezione della comunicazione).

L'Ente è:

- ❖ tenuto a motivare l'eventuale rifiuto, differimento o limitazione all'accesso;
- ❖ non è tenuto a raccogliere informazioni che non siano in suo possesso per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato, ma deve limitarsi a rispondere sulla base dei documenti e delle informazioni che sono già in suo possesso;
- ❖ non è tenuto a rielaborare informazioni in suo possesso, per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato: deve consentire l'accesso ai documenti, ai dati ed alle informazioni così come sono già detenuti, organizzati, gestiti e fruiti;
- ❖ ammette, invece, le operazioni di elaborazione che consistono nell'oscuramento dei dati personali presenti nel documento o nell'informazione richiesta, e più in generale nella loro anonimizzazione, qualora ciò sia funzionale a rendere possibile l'accesso.

## Tutela del diritto di accesso

Il richiedente nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso generalizzato o di mancata risposta entro il termine previsto, e i controinteressati nei casi di accoglimento della richiesta di accesso, possono presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza che decide con provvedimento motivato, entro il termine di 20 giorni.

Se l'accesso generalizzato è stato negato o differito a tutela della protezione dei dati personali in conformità con la disciplina legislativa in materia, il RPCT provvede, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro il termine di 10 giorni dalla richiesta, con sospensione dei termini per l'adozione del provvedimento da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Entro 30 giorni dalla conoscenza della decisione dell'Amministrazione, è possibile presentare ricorso al TAR o al Difensore Civico competente per territorio, anche dopo il provvedimento del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Entrambi si pronunciano entro 30 giorni.



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

## SEZIONE 3

## 5 La struttura organizzativa

### 5.1 L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud

Per l'ASL Napoli 3 Sud, l'aggregazione delle unità segue le logiche di efficienza clinica, in quanto orientata all'ottimizzazione diretta del processo assistenziale ed all'ottimizzazione indiretta del consumo di risorse, e le logiche di efficienza manageriale, orientata alla definizione delle priorità di allocazione delle risorse in funzione del raggiungimento di obiettivi di efficienza.

L'organizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud viene rappresentata con un'articolazione sviluppata su quattro macrolivelli: la Direzione Aziendale (Generale, Amministrativa e Sanitaria) e la rete dei servizi territoriali (Dipartimenti, Presidi Ospedalieri e Distretti). Le strutture che afferiscono a ciascun livello individuato, aggregate per Dipartimento funzionale (nell'ambito dei Presidi Ospedalieri), per Dipartimento strutturale (nell'ambito del Territorio) di afferenza e per Distretto Sanitario, sono classificabili come Unità Operative complesse.

L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud viene, quindi, rappresentato per:

- ❖ l'organizzazione dell'area centrale;
- ❖ l'organizzazione dell'area dipartimentale;
- ❖ l'organizzazione dell'area ospedaliera (presidi);
- ❖ l'organizzazione dell'area funzionale;
- ❖ l'organizzazione dell'area distrettuale.

## 5.2 Area centrale

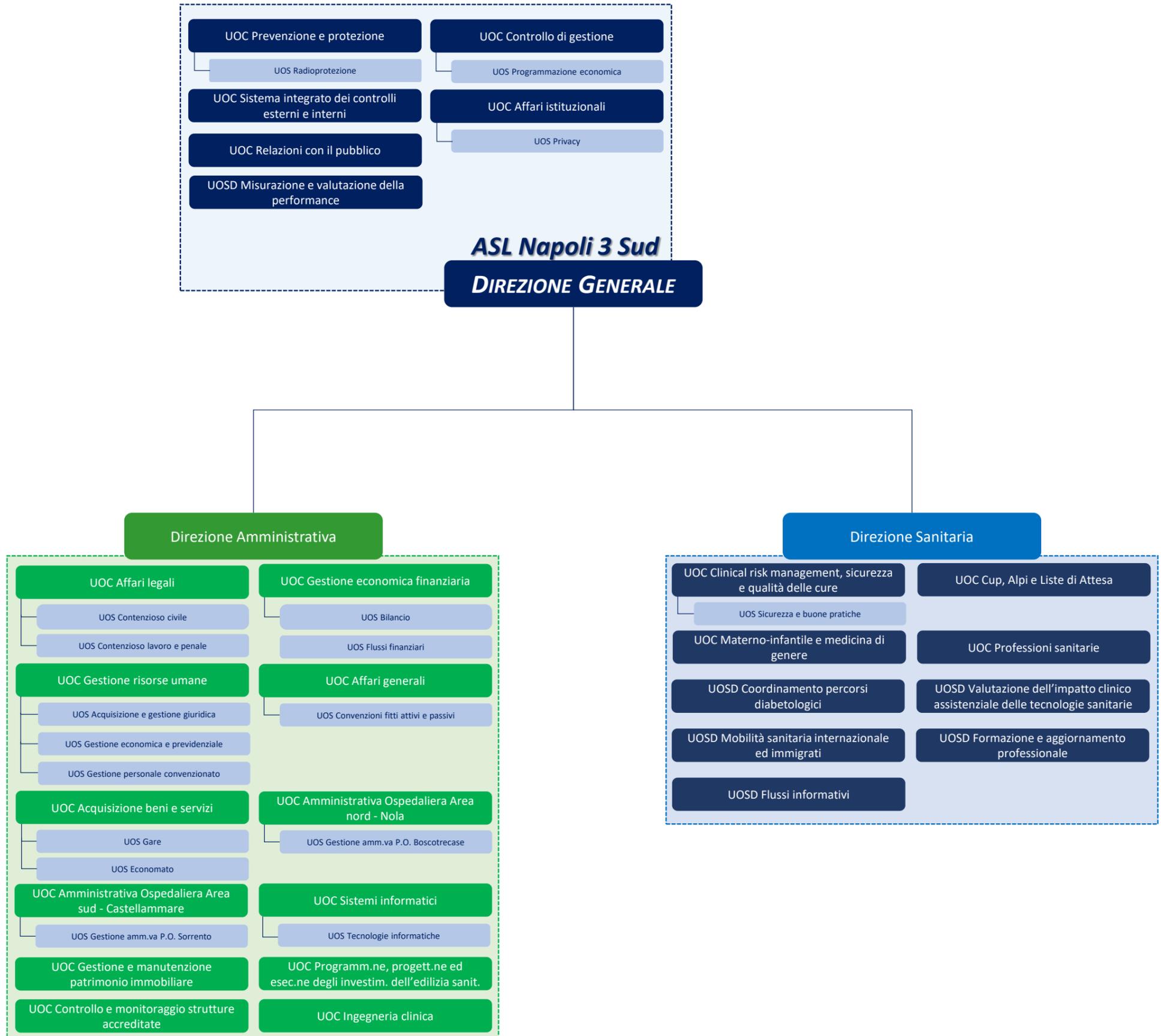


Figura 50 – Organigramma area centrale

## 5.3 Area dipartimentale



Figura 51 – Organigramma area dipartimentale

## 5.4 Area ospedaliera

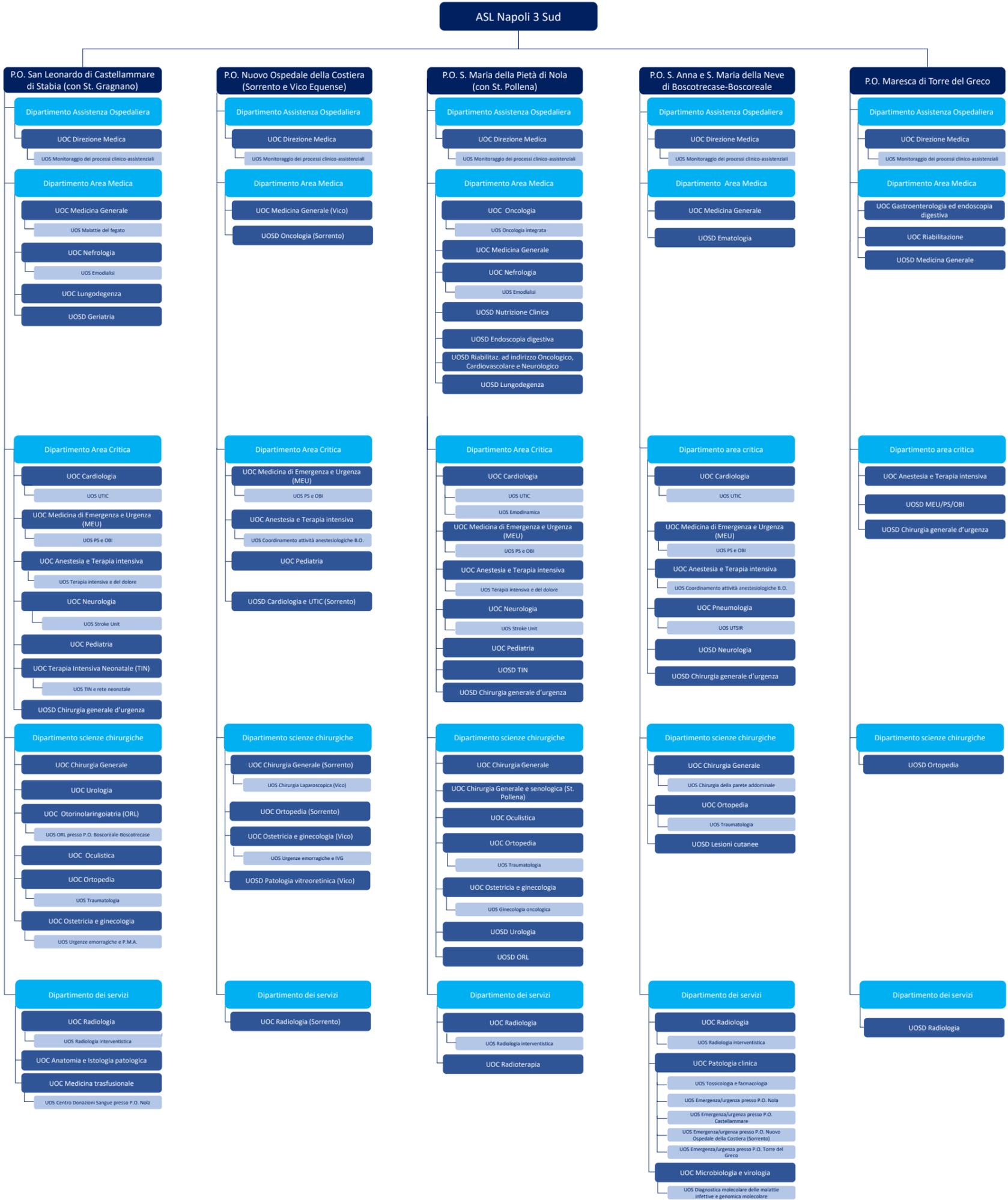


Figura 52 – Organigramma area ospedaliera

## 5.5 Area Funzionale

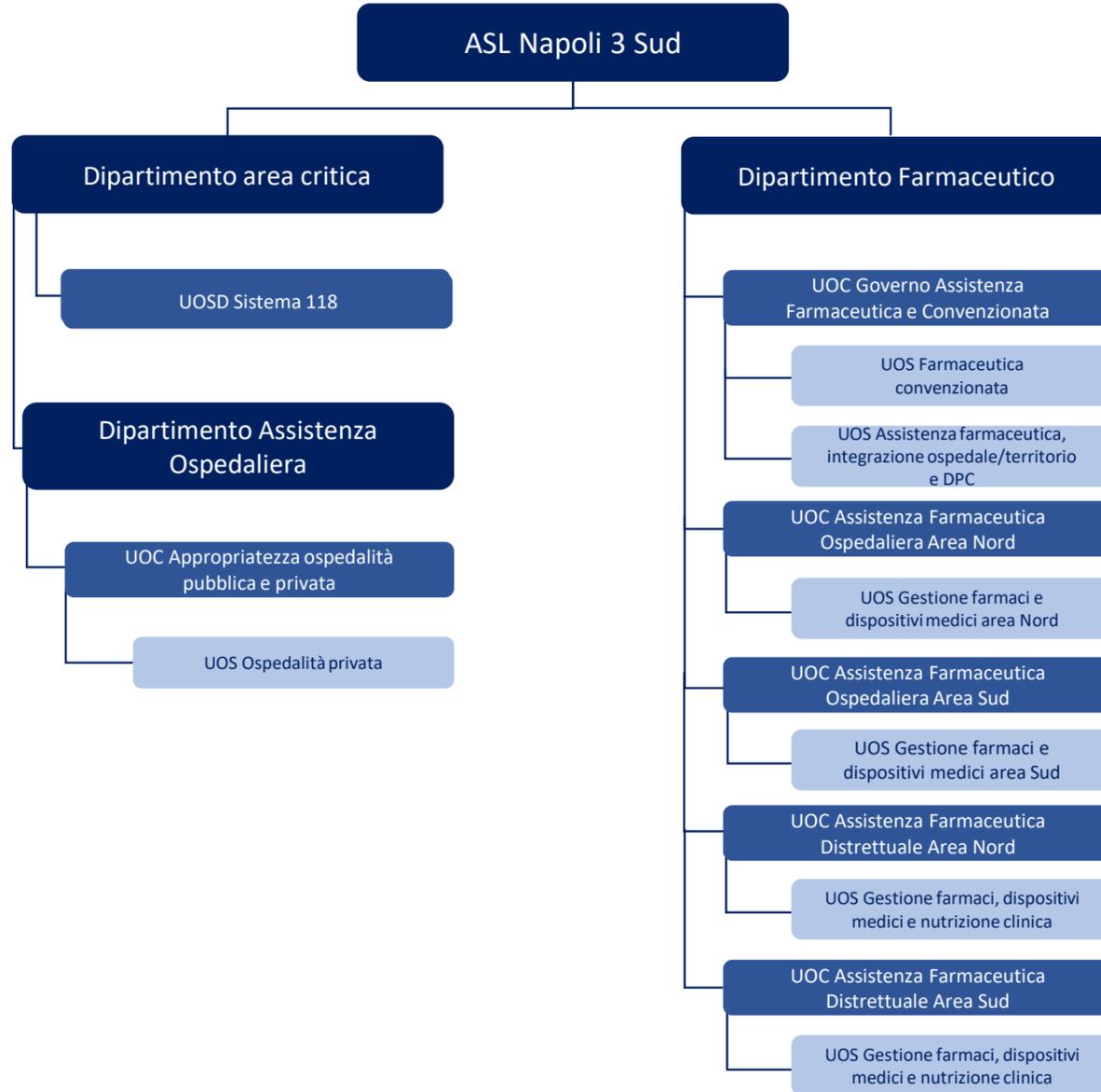


Figura 53 – Organigramma area funzionale

## 5.6 Area distrettuale

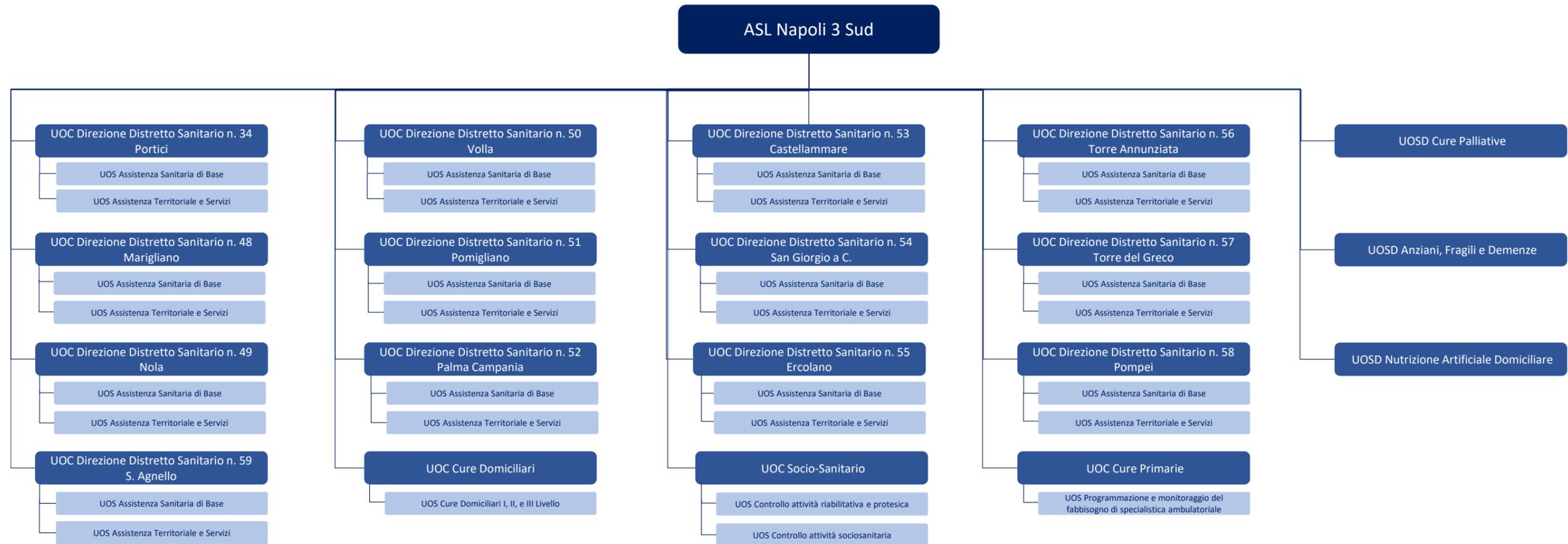


Figura 54 – Organigramma area distrettuale

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
**Triennio 2025 - 2027**  
 (art. 6 del DL 80/2021)

## 5.7 I dati dell'organizzazione

Il personale dipendente, appartenente all'area della dirigenza ed all'area del comparto, in servizio al 31/12/2024, è pari a n. **5.015** unità. Il totale del personale dell'area dirigenza è pari a n. 1.247, mentre il personale appartenente all'area del comparto, è pari a n. 3.768 unità dove sono assegnate fasce corrispondenti al proprio ruolo, al proprio profilo ed alla propria anzianità di servizio. La distribuzione del personale del comparto, distribuito per fascia e ruolo è mostrata nella seguente tabella.

Ruolo	Fascia																										Totale					
	A3	A5	B0	B1	B2	B3	B4	B5	BS0	BS1	BS2	BS3	BS4	BS5	C0	C1	C2	C3	C4	C5	D0	D1	D2	D3	D4	D5		D6	DS3	DS4	DS5	DS6
Ruolo amministrativo	1	1	33	1	3	43	10	27	1			4	1	9	124	3	39	32	6	41	40	3		2	2	2	43	1			3	475
Ruolo professionale																					5										5	
Ruolo sanitario															1				4		952	57	58	300	101	95	984		4	18	17	2.591
Ruolo socio sanitario			4							273	22	33	11	29	12						24		1	2	3	3	24		1	3	445	
Ruolo tecnico			54	1	1	18	17	34	3	1	1	4	19	10	22	1	5	14	2	4	34			3	3				1	252		
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>91</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>61</b>	<b>27</b>	<b>61</b>	<b>277</b>	<b>23</b>	<b>34</b>	<b>19</b>	<b>49</b>	<b>32</b>	<b>146</b>	<b>4</b>	<b>44</b>	<b>46</b>	<b>12</b>	<b>45</b>	<b>1.055</b>	<b>60</b>	<b>59</b>	<b>307</b>	<b>109</b>	<b>100</b>	<b>1.051</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>3.768</b>

Il totale del personale del comparto è pari a n. 3.768 unità ed il ruolo sanitario ne ha il numero più elevato, ovvero n. 2.591. Dal grafico che segue è possibile affermare che l'area Professionisti della salute e dei funzionari corrispondono a quelle maggiormente attribuite al personale del comparto per un totale di n. 2.789 unità.

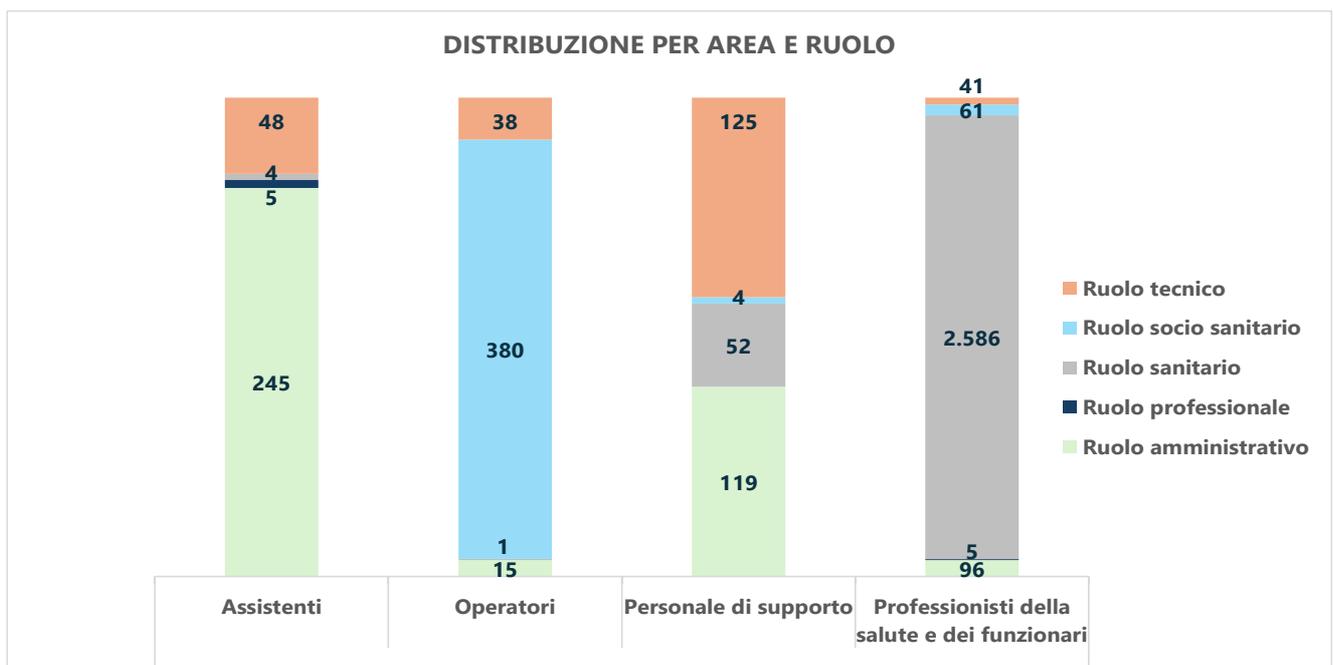


Figura 55 – Distribuzione per area e ruolo nell'ASL Napoli 3 Sud

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per il ruolo sanitario.

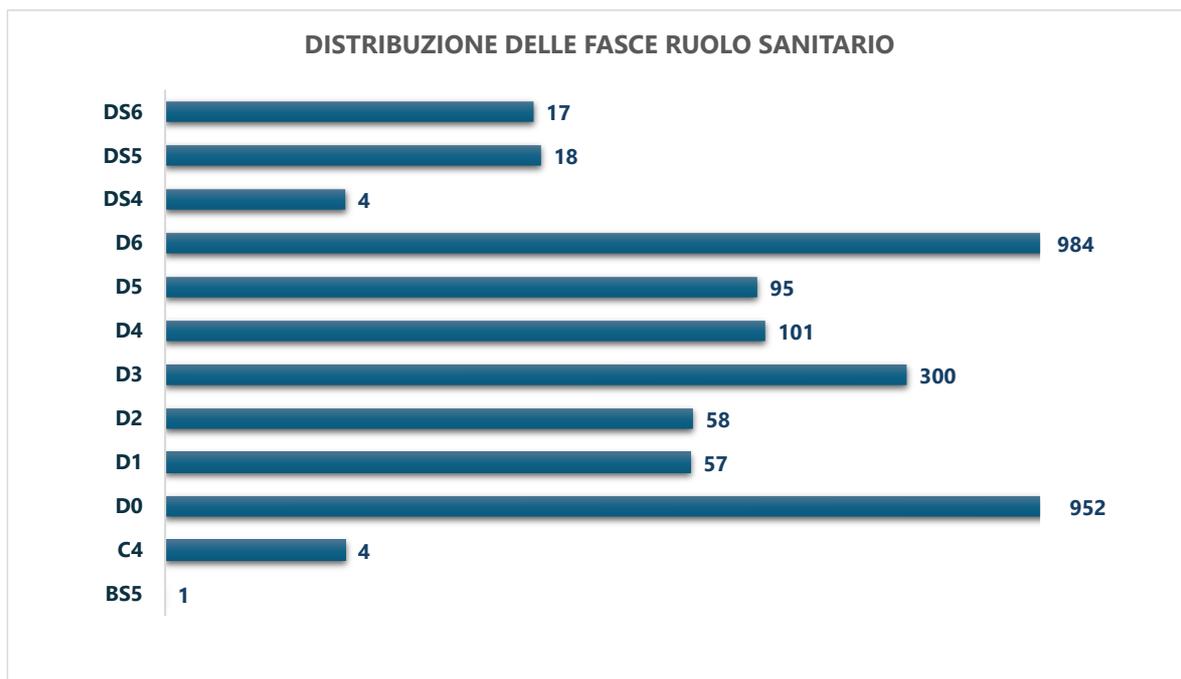


Figura 56 – Distribuzione delle fasce per il ruolo sanitario

Per il ruolo sanitario, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

BS5	C4	C5	D0	D1	D2	D3	D4	D5	D6	DS4	DS5	DS6
0,04%	0,15%	0,00%	36,74%	2,20%	2,24%	11,58%	3,90%	3,67%	37,98%	0,15%	0,69%	0,66%

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per il ruolo sociosanitario.



Per il ruolo sociosanitario, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

B0	BS0	BS1	BS2	BS3	BS4	BS5	D0	D2	D3	D4	D5	D6	DS4	DS5
0,90%	61,35%	4,94%	7,42%	2,47%	6,52%	2,70%	5,39%	0,22%	0,45%	0,67%	0,67%	5,39%	0,22%	0,67%

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per il ruolo tecnico.

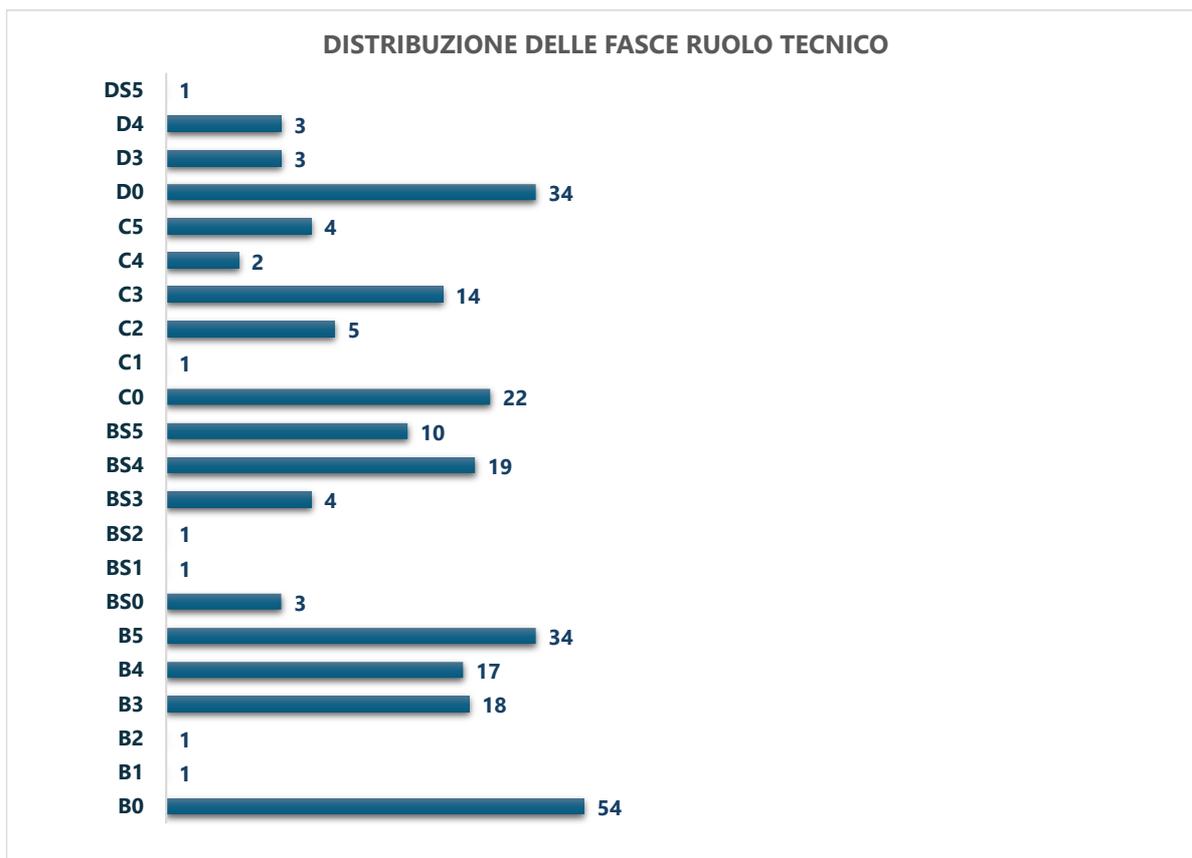


Figura 57 – Distribuzione delle fasce per il ruolo tecnico

Per il ruolo tecnico, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

B0	B1	B2	B3	B4	B5	BS0	BS1	BS2	BS3	BS4
21,43%	0,40%	0,40%	7,14%	6,75%	13,49%	1,19%	0,40%	0,40%	1,59%	7,54%
BS5	C0	C1	C2	C3	C4	C5	D0	D3	D4	DS5
3,97%	8,73%	0,40%	1,98%	5,56%	0,79%	1,59%	13,49%	1,19%	1,19%	0,40%

Si rappresenta, di seguito, la distribuzione delle fasce per il ruolo amministrativo.

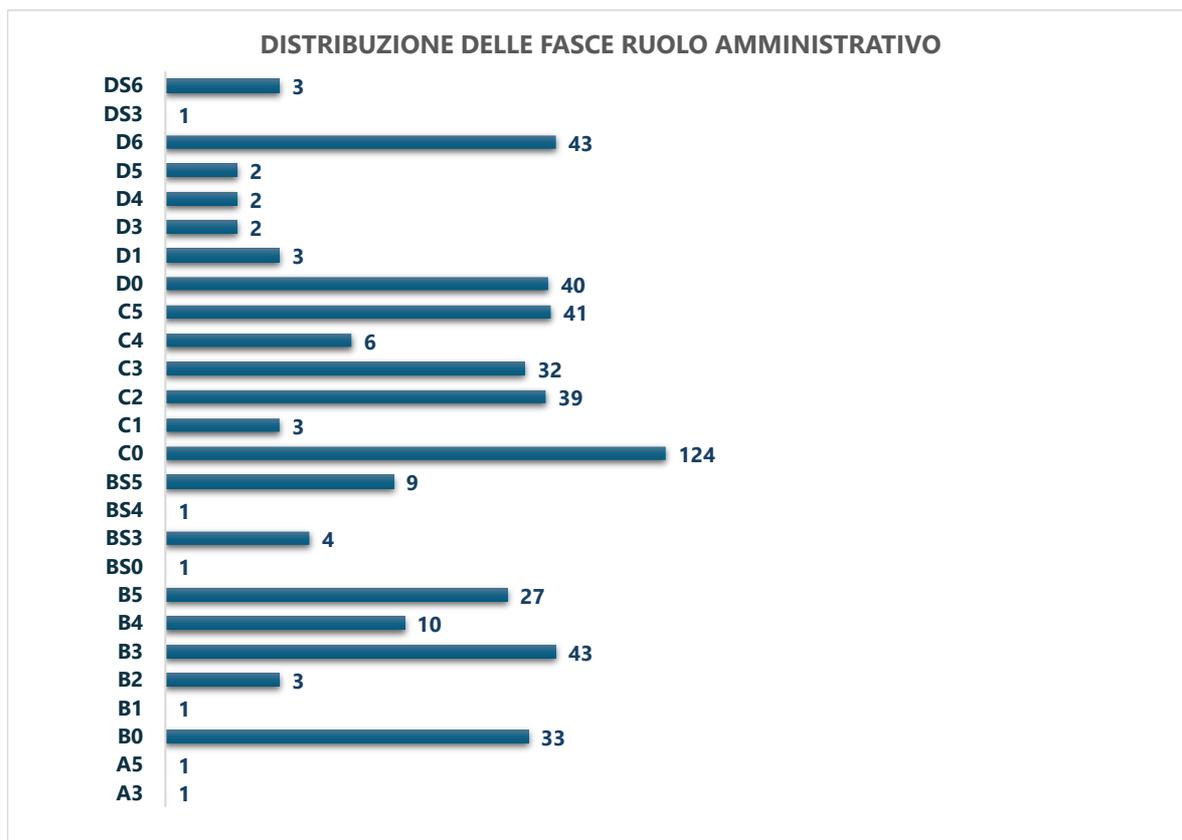


Figura 58 – Distribuzione delle fasce per il ruolo amministrativo

Per il ruolo amministrativo, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

A3	A5	B0	B1	B2	B3	B4	B5	BS0	BS3	BS4	BS5	C0
0,21%	0,21%	6,95%	0,21%	0,63%	9,05%	2,11%	5,68%	0,21%	0,84%	0,21%	1,89%	26,11%
C1	C2	C3	C4	C5	D0	D1	D3	D4	D5	D6	DS3	DS6
0,63%	8,21%	6,74%	1,26%	8,63%	8,42%	0,63%	0,42%	0,42%	0,42%	9,05%	0,21%	0,63%



Per il ruolo professionale, di cui si mostrano i valori assoluti nel grafico, la distribuzione percentuale è la seguente:

<b>D0</b>
100,00%

## 6 Il lavoro agile

### 6.1 L'organizzazione del lavoro agile dell'ASL Napoli 3 Sud

L'ASL Napoli 3 Sud con deliberazione Aziendale n. 1019 del 31.08.2023 redige il Piano organizzativo del Lavoro Agile (d'ora in avanti POLA), in conformità alle disposizioni normative vigenti, di cui all'art. 263 del D.L. n. 34/2020 convertito con modificazioni dalla Legge n. 77/2020, sentiti i pareri delle organizzazioni sindacali secondo le modalità previste dalla contrattazione collettiva.

Il POLA definito dall'ASL Napoli 3 Sud definisce l'oggetto, gli obiettivi ed i destinatari dell'iniziativa, stabilendo la procedura di accesso al lavoro agile, le modalità di svolgimento della prestazione al di fuori della sede ove il lavoratore presta servizio, la strumentazione necessaria, i diritti e gli obblighi del lavoratore agile, nel rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, nonché le modalità per il controllo dell'attività svolta in modalità agile.



Figura 59– Il lavoro agile per l'ASL Napoli 3 Sud

Il Piano si applica a tutti i lavoratori dell'ASL Napoli 3 Sud, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato, le cui mansioni siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività dell'Unità Operativa di

afferenza. Sono, invece, esclusi dall'ambito di applicazione e, pertanto, non sono ammessi allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile coloro che svolgono attività di cura e di assistenza diretta che, per loro natura, devono necessariamente essere espletate nelle sedi aziendali, nei presidi o stabilimenti ospedalieri e nelle sedi territoriali; coloro che svolgono attività per cui è necessario un contatto in presenza con il pubblico; coloro che svolgono attività per le quali è necessaria la presenza nella sede di lavoro aziendale (per esempio, magazzino, laboratori, ecc.). Infine, non si rende applicabile al personale sanitario, fatto salvo per le sole attività espletabili da remoto e nei periodi in cui l'attività non prevede l'erogazione diretta dell'assistenza.

Il lavoro agile si applica nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna. Al dipendente in lavoro agile restano applicabili le norme sull'incompatibilità di cui all'articolo 53 del decreto legislativo 165/2001.

L'introduzione del lavoro agile all'interno dell'ASL Napoli 3 Sud mira al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- ❖ favorire un'organizzazione del lavoro volta a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- ❖ introdurre soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato e, al tempo stesso, mirata ad un incremento di produttività;
- ❖ ottimizzare l'introduzione delle nuove tecnologie realizzando economie di gestione;
- ❖ promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.

La prestazione lavorativa può essere svolta in modalità agile quando sussistono le seguenti condizioni:

- ❖ è possibile delocalizzare almeno in parte le attività assegnate al lavoratore senza che sia necessaria la costante presenza fisica di quest'ultimo nella sede di lavoro. L'Azienda si impegna ad adottare processi di dematerializzazione dei documenti per favorire il lavoro agile ad un maggior numero di dipendenti;
- ❖ lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile risulta compatibile con le esigenze organizzative e funzionali dell'ufficio al quale il lavoratore è assegnato;
- ❖ l'attività da svolgere non prevede il contatto personale diretto con l'utenza presso un ufficio, uno sportello o un ambulatorio/struttura sanitaria;
- ❖ è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- ❖ il lavoratore ha la possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa in piena autonomia, pur sempre nel rispetto degli obiettivi prefissati;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

- ❖ è possibile monitorare e valutare, mediante apposita rendicontazione periodica da conservare agli atti, i risultati delle attività assegnate al lavoratore rispetto agli obiettivi programmati;
- ❖ l'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile è di competenza del Direttore e del Dirigente Responsabile della Struttura che nell'ambito del progetto individuale di lavoro agile, definirà le attività compatibili con una prestazione lavorativa a distanza, che dovranno, tra l'altro, rispondere a criteri di Attuazione/svolgimento in autonomia, Facilità nel controllo e nel monitoraggio Facilità nel riscontro dei risultati;
- ❖ e che non comportino, se espletate da remoto, disagio alla funzionalità della Struttura ed alla qualità del servizio offerto.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria, il lavoratore interessato può richiedere l'accesso al lavoro agile al Direttore e al Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa cui è assegnato, il quale deve esprimersi sulla compatibilità tra lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile e le esigenze tecnico-organizzative della Struttura. In particolare, il Direttore e il Dirigente Responsabile della Struttura di assegnazione del lavoratore sono tenuti a:

- ❖ verificare che l'attività svolta dal lavoratore sia efficacemente espletabile in modalità agile;
- ❖ verificare che lo svolgimento della prestazione lavorativa da remoto non pregiudichi né riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- ❖ valutare che lo svolgimento da remoto della prestazione lavorativa in modalità agile risulti coerente con le complessive esigenze organizzative e funzionali della Struttura;
- ❖ verificare che non sussistano situazioni di lavoro arretrato ovvero, se le stesse sono presenti, adottare un piano di smaltimento dello stesso;
- ❖ garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo, comunque, essere prevalente, all'interno di ciascuna Unità Operativa, l'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza.

L'ASL Napoli 3 Sud garantisce che i lavoratori che si avvalgono della modalità di lavoro agile non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera. L'Azienda garantisce al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera, alle progressioni economiche, alla incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza. L'attività lavorativa resa in modalità agile è considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi lavorative abituali ed è valutata ai fini della performance individuale del lavoratore.

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile, il lavoratore è tenuto al rispetto degli obblighi di



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

riservatezza, ai sensi del D.P.R. n. 62/2013, "Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e del Codice di comportamento dell'ASL Napoli 3 Sud, nonché ai sensi del D. lgs. n. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679. Restano ferme le disposizioni in materia di responsabilità, infrazioni e sanzioni contemplate dalle leggi e dai codici di comportamento sopra richiamati, che trovano integrale applicazione anche ai lavoratori agili.

L'attività svolta in modalità di lavoro agile è oggetto di valutazione nell'ambito del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato dall'ASL Napoli 3 Sud.

## 7 Il piano triennale del fabbisogno di personale

### 7.1 Introduzione

Il Piano Triennale del fabbisogno di Personale (di seguito denominato PTFP) per il periodo 2023/2025, in continuità con il PTFP 2022/2024, definisce le politiche di reclutamento del personale dell'Azienda sanitaria di livello dirigenziale e non, nel rispetto dei principi della efficiente organizzazione degli uffici e della ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione. Il PTFP è adottato in attuazione di quanto disposto dall'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in coerenza con le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale, ai sensi dell'articolo 6-ter dello stesso decreto legislativo, con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute dell'8 maggio 2018, nonché, i contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dal Disciplinare tecnico Monitoraggio per la determinazione del Fabbisogno di Personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania allegato alla DGR n. 190/2023. Scopo della presente pianificazione è favorire il ricambio generazionale indispensabile all'esercizio delle numerose e complesse competenze attribuite all'Azienda Sanitaria garantendo, attraverso l'ottimale distribuzione delle risorse disponibili, il buon funzionamento delle Unità Operative. In tal senso, la presente programmazione assunzionale persegue l'obiettivo di colmare, attraverso procedure concorsuali, scorrimento di graduatorie di idonei di concorsi banditi da altre amministrazioni e/o procedure di mobilità ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo 165/2001, le carenze di personale conseguenti ai collocamenti a riposo che sono intervenuti nel corso del 2023 e a quelli che si verificheranno negli anni 2024 e 2025 tenendo conto del fabbisogno di personale conseguente al processo riorganizzativo interno in atto poiché è in corso di adozione il nuovo atto aziendale.

### 7.2 La normativa di riferimento

Gli articoli 6 e 6 bis del d.lgs. n. 165/2001, come modificati dal d.lgs. n. 75 del 25 maggio 2017, nonché l'articolo 6 ter (introdotto dal predetto decreto n. 75/2017) stabiliscono le modalità di definizione dei fabbisogni di personale nell'ambito delle pubbliche amministrazioni. Nello specifico, gli articoli in questione prevedono quanto segue:

#### **Art. 6 (Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale)**

1. Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.
2. Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. ... Il piano

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.

3. In sede di definizione del piano di cui al comma 2, ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima ... Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.

... Per le altre amministrazioni pubbliche il piano triennale dei fabbisogni, adottato annualmente nel rispetto delle previsioni di cui ai commi 2 e 3, è approvato secondo le modalità previste dalla disciplina dei propri ordinamenti. Nell'adozione degli atti di cui al presente comma, è assicurata la preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.

4. ....
5. Le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti di cui al presente articolo non possono assumere nuovo personale. 6-bis. ... Per gli enti del servizio sanitario nazionale sono fatte salve le particolari disposizioni dettate dalla normativa di settore.

### **Art. 6-bis (Misure in materia di organizzazione e razionalizzazione della spesa per il funzionamento delle pubbliche amministrazioni)**

1. Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, ... sono autorizzate, nel rispetto dei principi di concorrenza e di trasparenza, ad acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione e di adottare le necessarie misure in materia di personale.
2. Le amministrazioni interessate dai processi di cui al presente articolo provvedono al congelamento dei posti e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale.
3. I collegi dei revisori dei conti e gli organi di controllo interno delle amministrazioni che attivano i processi di cui al comma 1 vigilano sull'applicazione del presente articolo, dando evidenza, nei propri verbali, dei risparmi derivanti dall'adozione dei provvedimenti in materia di organizzazione e di UOC Gestione Risorse Umane/2019/148 2 personale, anche ai fini della valutazione del personale con incarico dirigenziale di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.

### **Art. 6-ter (Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale).**

1. Con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali.

3. Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale e agli enti locali, i decreti di cui al comma 1 sono adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Con riguardo alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale, i decreti di cui al comma 1 sono adottati di concerto anche con il Ministro della salute.
5. Ciascuna amministrazione pubblica comunica secondo le modalità definite dall'articolo 60 le predette informazioni e i relativi aggiornamenti annuali che vengono resi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica. La comunicazione dei contenuti dei piani è effettuata entro trenta giorni dalla loro adozione e, in assenza di tale comunicazione, è fatto divieto alle amministrazioni di procedere alle assunzioni.
6. Qualora, sulla base del monitoraggio effettuato dal Ministero dell'economia e delle finanze di intesa con il Dipartimento della funzione pubblica attraverso il sistema informativo di cui al comma 2, con riferimento alle amministrazioni dello Stato, si rilevino incrementi di spesa correlati alle politiche assunzionali tali da compromettere gli obiettivi e gli equilibri di finanza pubblica, il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adotta le necessarie misure correttive delle linee di indirizzo di cui al comma 1. Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale ed agli enti locali, le misure correttive sono adottate con le modalità di cui al comma 3.

La predisposizione del piano dei fabbisogni nell'ambito del S.S.R. è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Infatti, l'art. 1, comma 565, della legge 27.12.2006, n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall'articolo 2, comma 71, della legge 23/12/2009, n. 191 e successive modificazioni, stabilisce che gli enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

Il Piano dà evidenza delle politiche aziendali di attuazione dell'Atto Aziendale, con particolare riferimento ai servizi ospedalieri, oggetto di profonda revisione organizzativa con conseguente sensibile riflesso in termini di definizione del relativo fabbisogno. Tali percorsi organizzativi, sia in ambito sanitario che dei servizi amministrativi, trovano riscontro nel Piano per una più efficiente ed efficace gestione delle risorse umane. Il coordinamento fra risorse umane necessarie e risorse finanziarie disponibili viene definito nelle tabelle indicanti il Piano dei fabbisogni per gli anni 2022-2024. La spesa viene esposta nelle tabelle allegate al Piano, per ciascuno degli anni in questione. Sin d'ora si precisa che la revisione del Piano Triennale per gli anni seguenti terrà in considerazione le valutazioni strategiche aziendali in materia di eventuali esternalizzazioni da effettuarsi, con riferimento all'area dei

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

servizi/attività di supporto in ambito ospedaliero e territoriale. Particolare attenzione sarà inoltre riservata alla politica di fabbisogno di personale in attuazione di modifiche dell'Atto Aziendale, quali conseguenza in primis di quanto definito a livello regionale in ambito di schede di dotazione ospedaliera.

Si specifica che il Piano del Fabbisogno del Personale 2022-2024, inserito nel PIAO 2023-2025, fa riferimento ad un'adozione provvisoria avvenuta con Deliberazione Aziendale n. 1181 del 20/12/2022. Successivamente, si è proceduto, sulla base di quanto previsto dalle linee di indirizzo ed in ossequio alle disposizioni contenute nel disciplinare tecnico "Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di Personale degli enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania" (DGRC n. 190/2023), all'approvazione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2022-2024 – nella sua versione aggiornata - con Deliberazione Aziendale n. 86 del 23/01/2024. Tale PTFP è oggetto del presente capitolo.

### **7.3 Criteri e modalità di elaborazione del Piano**

I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre driver principali, meglio dettagliati nel proseguo:

- ❖ l'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015 e del DM n. 77/2022;
- ❖ la produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- ❖ il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Per la definizione del fabbisogno di personale, così come indicato dalle linee guida ministeriali, risulta fondamentale definire gli "standard" organizzativi per categorie di ospedali e le dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, in relazione al suo ruolo nella rete. Per "metabolismo minimo" si intende il fabbisogno di funzionamento ovvero la dotazione di personale che garantisce la possibilità di "rendere disponibile" il servizio.

Il concetto di "metabolismo minimo" è definito avendo a riferimento un reparto "completo", nel quale si svolgono attività in regime di ricovero ordinario, diurno, ambulatoriale, consulenze dal pronto soccorso, attività di sala operatoria e supporto agli altri reparti. Qualora il reparto non sia organizzato per garantire tutte queste attività, il fabbisogno dovrà essere conseguentemente ridimensionato.

In alcuni casi diventa necessario considerare l'attività svolta, per garantire un fabbisogno di personale aggiuntivo rispetto al minimo, che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell'ospedale considerato facendo riferimento ai valori di produzione conseguiti nell'esercizio precedente, ovvero stimati.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2025 - 2027 (art. 6 del DL 80/2021)

### Organizzazione della rete dell'offerta

La corretta determinazione del fabbisogno di personale dovrà avvenire, a pieno regime, in relazione alle reti ospedaliere rispondenti alle disposizioni ed ai criteri previsti dal DM 70/2015 e s.m.i. Ciò comporta che il dimensionamento del fabbisogno non deriva esclusivamente dai posti letto di cui una struttura dispone quanto piuttosto dall'offerta di salute programmata: il fabbisogno così determinato sarà quello utile a far funzionare le strutture previste dalla programmazione stessa in ragione del loro ruolo all'interno della rete.

### Produzione

La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla mission delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione.

Per la determinazione del fabbisogno di personale è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i professionisti ospedalieri svolgono nelle singole unità operative:

▪ continuità clinica per i ricoverati	▪ degenza ordinaria e diurna
▪ attività cliniche ordinarie	▪ attività ambulatoriale
▪ attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione	▪ consulenze da pronto soccorso
▪ consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti	▪ attività di formazione continua

### Ore lavorate di riferimento

Ai fini del calcolo del fabbisogno e della conseguente dotazione organica **minima** è necessario calcolare le ore annuali medie di lavoro dei professionisti sanitari, in modo da poter tradurre le ore in personale equivalente necessario.

In relazione al tempo è stato utilizzato come parametro il numero di ore lavorate per **Full Time Equivalent (FTE)**, *identificato sulla base delle ore lavorabili a tempo pieno al netto di ore di non presenza per festività infrasettimanale, ferie e festività soppresse, ore non assistenziali (formazione), assenze per malattie, per infortunio, aspettativa, legge 104/92, maternità e altre assenze a vario titolo.*

Il numero di ore lavorate stimate sono state quindi pari a:

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

Dirigenza sanitaria	Comparto (Infermieri, OSS, Altre figure del comparto)
1.560 ore	1.450 ore

## Personale Dirigente Medico

La metodologia adoperata permette di individuare una dotazione minima, definito "metabolismo minimo", e un valore massimo a cui lo standard potrà tendere al verificarsi di specifiche condizioni.

### I valori minimi

Per quanto riguarda il personale medico si è definito il fabbisogno per singola specialità: il personale medico, infatti, non è fungibile ed è quindi necessario determinare il fabbisogno relativo per ogni disciplina garantita all'interno del presidio. Per il personale medico si è proceduto ad individuare delle aree funzionali di attività utili per la determinazione del numero di professionisti necessari come previsto dalla DGRC 190/2023 (*ref. tenendo altresì conto dell'organizzazione delle guardie che, in relazione al numero di posti letto e alla funzione del presidio, possono o meno essere organizzate in forma "interdivisionale" o per area omogenea, ossia in forma "divisionale"*). È stata utilizzata la Tabella 3 della DGRC 190/2023 (*cf. ...che indica la dotazione minima di Personale Medico per ogni singola specialità, al netto delle posizioni apicali, individuata in base al numero annuo di ore lavoro necessario*). La dotazione minima è stata integrata come previsto dalla DGRC 190/2023 (*...La dotazione minima, così individuata, va poi integrata tendendo conto dell'attività di guardia medica notturna e festiva prevista per alcune discipline: il carico di ore annue necessarie all'espletamento di un turno di guardia è stato posto equivalente a n. 3 unità di Personale Medico (FTE – Full Time Equivalent. Per la determinazione del numero di unità necessarie a garantire le attività di guardia, laddove non si ravvisi la necessità di strutturare una guardia per unità operativa (ex divisionale), è prevista la presenza di una guardia "interdivisionale" ogni 100 PL*).

La DGRC 190/2023 prevede in linea generale che devono essere garantite guardie per unità operativa nei seguenti casi:

- ❖ nelle aree "intensive" (area Anestesia, Utic, TIN, Stroke Unit di I livello di Castellammare e Nola);
- ❖ per il servizio di anestesia, ove prevista attività chirurgica nelle 24 ore e attività di ostetricia (Nola, Castellammare, Boscotrecase, Torre del Greco, Sorrento e Vico Equense);
- ❖ nei servizi di pronto soccorso (Nola, Castellammare, Torre del Greco, Sorrento, Vico Equense e Boscotrecase che è in via di attivazione);
- ❖ nell'area ostetrico-ginecologica, con attività di ostetricia (Nola, Castellammare e Vico Equense);
- ❖ nelle pediatrie (Nola, Castellammare, Vico Equense);
- ❖ nella Psichiatria SPDC (Torre del Greco, e quando saranno attivi Nola, Boscotrecase, Castellammare).

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

È stata utilizzata la Tabella n. 3 della DGRC 190/2023 per la dotazione dei minimi con le guardie divisionali, al netto delle posizioni apicali (*In particolare, per l'attività di direzione di reparto, andrà aggiunta un'unità di Personale Medico in tutti i casi ove sia prevista la struttura complessa e quindi la relativa apicalità*). *In particolare, per definire correttamente il fabbisogno di professionisti sarà necessario conoscere il ruolo copia informatica per consultazione 7 attribuito a livello di programmazione regionale al singolo presidio rispetto all'articolazione "in rete" di cui la regione si è dotata. Ciò dovrà avvenire con particolare riferimento alle seguenti reti:*

- ❖ Rete infarto;
- ❖ Rete Emur;
- ❖ Rete ictus;
- ❖ Rete traumatologica.

Di conseguenza, con riferimento alle specialità di Cardiologia e Unità coronarica (H008 e H050), Neurologia (H032), Emergenza Urgenza (H100) e Ortopedia (H036), così come evidenziato in Tabella 3 della DGRC 190/2023 nella colonna Parametro, il valore minimo di Personale Medico varierà in funzione del ruolo attribuito al presidio rispetto alla rete. Ad esempio, con riferimento alla rete infarto occorrerà distinguere tra presidio di base, presidio di base con UTICe presidio con UTIC + emodinamica.

### Calcolo del Fabbisogno minimo di Personale Medico

$$\begin{aligned} & \text{Minimo operativo Medici} = \\ & (\sum_{D=1}^n \text{Fte min Dir. Med. } D + \text{Fte Coord} + \\ & \sum_{D=1}^n \text{Fte min per Guardia Divisionale } D + \\ & \sum_{AO=1}^n \text{Fte min Guardie Intervisionali AO} + \text{Fte min } S ) \end{aligned}$$

Dove:

- D = specialità di afferenza
- AO = Area Omogenea di Afferenza
- Dir. Med. = Dirigente Medico
- Min = numero minimo
- FTE = Full time Equialent
- GD = Guardia "Divisionale"
- GI = Guardia "Interdivisionale"

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

S = Servizi

## I valori massimi

Con riferimento all'individuazione di valori massimi di Personale Medico, determinabili attraverso l'introduzione del driver Produzione, occorre distinguere tra la dotazione da destinare.

## Attività di degenza

Un fabbisogno di personale superiore ai valori minimi, così come determinati nel paragrafo precedente, generato da esigenze di produzione, sarà valutato positivamente qualora si attesti all'interno di un predeterminato range. Per la determinazione del range di Personale Medico "giustificato dalla produzione", la metodologia adoperata "Pesi Medici" differenziati per ogni specialità, implementati sulla base di un'analisi statistica dei dati delle 9 regioni partecipanti al Gruppo di Lavoro che assumono quindi il ruolo di benchmark e rappresentano cioè le buone pratiche ovvero le situazioni riconosciute come efficaci e efficienti all'interno del medesimo sistema. Rispetto a tali "Pesi Medici" si perviene quindi all'individuazione di due valori (FTE' e FTE''), che costituiscono il cd. "margine di tolleranza", limite inferiore e superiore della forbice, ossia i valori entro i quali il numero di FTE presenti nella specialità di riferimento è ritenuto accettabile.

Per la definizione dei "**range di peso medico**" **per disciplina**, si è proceduto come segue:

- ❖ definizione dei criteri di imputazione dei DRG: sono stati valorizzati tutti i DRG prodotti in regime di degenza ordinaria e day hospital e day surgery;
- ❖ sommatoria dei DRG prodotti per ogni specialità;
- ❖ assegnazione degli FTE alle singole specialità: ore lavorate comunicate alle Regioni;
- ❖ definizione dei criteri di imputazione degli FTE dedicati all'attività ambulatoriale in ogni specialità;
- ❖ stima degli FTE dedicati alla degenza;
- ❖ calcolo del peso medico per ciascuna unità operativa: rapporto tra DRG prodotti e gli FTE dedicati all'attività di degenza;
- ❖ verifica del dato su base regionale: analisi della distribuzione statistica;
- ❖ verifica dei dati delle nove regioni partecipanti: analisi della distribuzione statistica;
- ❖ prima analisi di valori statistici rilevanti (mediana, media, 1° e 3° quartile);
- ❖ confronto interregionale del dato;
- ❖ determinazione del range dei Pesi.

Il risultato è la somma dei pesi prodotti (medici e chirurgici DO e DH) per ogni specialità, che rapportati ai "pesi medici" di Tabella 4 della DGRC 190/2023, restituiscono il valore degli FTE necessari per la produzione erogata.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

## Attività ambulatoriale

Per quanto attiene alla determinazione della dotazione di Personale Medico da destinare all'attività ambulatoriale, sono state seguite le percentuali rappresentative dell'incidenza dell'attività ambulatoriale sul totale delle ore lavorate, riportate in Tabella 5 della DGRC 190/2023. Ai fini dell'individuazione del fabbisogno complessivo per la dirigenza medica, agli FTE identificati per l'attività di degenza avvalendosi del metodo dei pesi sono stati sommati quelli per l'attività ambulatoriale.

$$\begin{aligned} \text{FTE Amb Disciplina } x &= \text{Dotazione FTE } x \% \text{ Amb Disciplina } x \\ \text{Fabbisogno FTE Tot} &= \text{FTE Degenza} + \text{FTE Amb} \end{aligned}$$

## Personale infermieristico ed operatori sociosanitari

Con riferimento alla dotazione standard di Personale Infermieristico e di Operatori Socio-Sanitari (OSS), la metodologia ministeriale prevede che la stessa non può prescindere dalla programmazione regionale in materia sanitaria. In particolare, la determinazione della dotazione di tale personale dedicato alle attività di degenza ordinaria deve avvenire sulla base dei posti letto computati al 90% così come definito al punto 3.1 dell'allegato 1 del DM 70/2015.

In fase di prima applicazione i posti letto da utilizzare quale base di calcolo sono quelli attualmente attivi presso le singole strutture, così come rinvenibili dai flussi ministeriali predisposti dalle singole Aziende (HSP 12).

Si è scelto di procedere con la determinazione del fabbisogno per area omogenea, tenendo conto delle sempre più frequenti organizzazioni per intensità di cura. Per le aggregazioni si rimanda all'Allegato 1 della DGRC 190/2023. Si precisa, inoltre, che la valutazione del fabbisogno complessivo, nel caso del personale del comparto va effettuata sul dato complessivo ospedaliero, limitando, così, le difficoltà interpretative delle singole aree omogenee.

## Attività di Degenza

Per la determinazione del numero di Infermieri e Operatori Socio-Sanitari necessari per le attività di degenza, ordinaria e diurna, si è proceduto come segue:

- ❖ somma dei posti letto per Area Omogenea;
- ❖ calcolo delle giornate equivalenti prevedendo un tasso di occupazione al 90%;
- ❖ calcolo del fabbisogno dei minuti di assistenza moltiplicando le giornate equivalenti per il parametro min/paz/die proprio di ciascuna area omogenea;
- ❖ "trasformazione in ore" = Totale minuti/60;
- ❖ "trasformazione in personale tempo equivalente" (FTE)/1.450.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2025 - 2027

(art. 6 del DL 80/2021)

Si è ritenuto di individuare minutaggi distinti per ospedali HUB e per quelli Spoke, con l'obiettivo di approfondire le diverse caratteristiche di questi contesti. Sono stati categorizzati ospedali HUB i DEA II Livello nella Rete Emur, mentre i DEA di I Livello, i PPI e i Pronto Soccorso ospedali SPOKE.

L'applicazione dei valori minimo e massimo previsti in Tabella 6 e Tabella 7 della DGRC 190/2023 per il personale del comparto, garantisce la determinazione di un livello minimo e massimo di fabbisogno di Personale Infermieristico e di supporto per l'area ospedaliera, per le aree elencate.

I posti letto dell'area sub intensiva a cui applicare lo standard in tabella sono di n. 50.

### Attività ambulatoriale

Anche per il personale del comparto si è ritenuto di procedere con l'imputazione di una percentuale di fabbisogno da determinarsi sulla base dell'incidenza dell'attività ambulatoriale sulle ore lavorate, da aggiungere al fabbisogno determinato per le attività di degenza. A fronte dell'aggregazione del personale infermieristico in aree omogenee non si ritiene, al contrario di quanto fatto per il personale medico, di poter individuare delle percentuali di incidenza "fisse". Esse saranno determinate tenendo conto della quota di posti letto occupati da ogni disciplina all'interno dell'area omogenea di ogni stabilimento (media pesata delle percentuali di ciascuna disciplina sulla base dei posti letto).

$\% \text{ Amb. (stab. } x, \text{ area omogenea } y) =$

$$\frac{\sum [\% \text{ Amb. (disc.1)} \times \text{PL (stab.x,disc.1)} + \% \text{ Amb. (disc.2)} \times \text{PL (stab.x,disc.2)} + \dots + \% \text{ Amb. (disc.n)} \times \text{PL (stab.x,disc.n)}]}{\text{Posti letto (stab.x,area omogenea } y)}$$

Il fabbisogno previsto per l'attività ambulatoriale sarà quindi individuato moltiplicando la % Amb. (stab. x, area omogenea y) per gli FTE minimi e massimi previsti per l'attività delle diverse discipline.

Come per la dirigenza medica, il fabbisogno complessivo di FTE sarà dato dalla somma tra gli FTE necessari per l'attività di degenza e quelli per l'attività ambulatoriale, ad essi sarà aggiunto il personale con funzioni organizzative. In virtù del rapporto 1:1 tra medico ed infermieri non viene conteggiato separatamente il fabbisogno di OSS per l'attività ambulatoriale, che potrà essere ritrovato all'interno del fabbisogno ambulatoriale del personale infermieristico.

### Personale Dirigente sanitario non medico

Il fabbisogno di personale Dirigente sanitario non medico (biologi, fisici, chimici, psicologi e personale dirigente delle professioni sanitarie), deve essere individuato in misura non superiore al 7% del fabbisogno di Dirigenti Medici, così come determinato in base alla suddetta metodologia. Con riferimento al personale Dirigente

Farmacisti si stabilisce per le Aziende Sanitarie Locali un fabbisogno non superiore a n. 3 farmacisti per presidio ospedaliero.

## **Personale non sanitario**

### **Altro Personale Ruolo tecnico**

Con riferimento al personale del ruolo tecnico, il quale a seguito del nuovo CCNL del Comparto sanità del 2022 non comprende più la figura dell'Operatore Socio-Sanitario e la figura dell'Assistente sociale, il fabbisogno di personale è determinato sulla base del seguente parametro:

- ❖ in misura non superiore al 10% del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura non superiore al 15% del totale;
- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

Con riferimento al personale assistente sociale, il fabbisogno di personale è da determinarsi nella misura non superiore allo 0,5% del fabbisogno ospedaliero di personale sanitario non dirigenziale.

### **Ruolo professionale**

Con riferimento al fabbisogno di personale per il ruolo professionale, è da determinarsi nella misura pari allo 0,5% del fabbisogno di personale di personale del ruolo sanitario ospedaliero, così come individuato in base alle suddette metodologie.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

### **Ruolo amministrativo**

Con riferimento al personale del ruolo amministrativo il fabbisogno è da determinarsi, in base ai parametri seguenti:

- ❖ 14% del fabbisogno di personale di ruolo sanitario ospedaliero, professionale e tecnico ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**  
*Triennio 2025 - 2027*  
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

## 7.4 Area territoriale

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, la metodologia ministeriale fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi e valori standard per la determinazione del fabbisogno di personale afferente a tali aree.

### Distretti

Con riferimento al personale da destinare all'assistenza distrettuale, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall'area ospedaliera, conseguente all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e in particolare della nuova rete ospedaliera, deve procedersi alla riallocazione sul territorio di eventuale personale in esubero presso le strutture ospedaliere, in conseguenza della realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale – territorio. Preso atto di quanto già definito sopra, si definiscono i criteri per il fabbisogno di personale distrettuale come di seguito. Si precisa inoltre che, laddove non è indicato uno standard di fabbisogno di personale distrettuale, questo è da intendersi ricompreso nelle percentuali individuate nei paragrafi di area ospedaliera.

### Personale Sanitario

Con riferimento al personale Dirigente Medico distrettuale si stabilisce uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come 0,4 il rapporto tra dirigenti medici in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000. Il fabbisogno di Dirigenti Medici afferenti al Servizio 118 è compreso nell'ambito della dotazione standard complessiva di Personale Medico relativo al Servizio Distrettuale. Con riferimento al personale Dirigente Farmacista è previsto un fabbisogno aggiuntivo rispetto a quanto individuato in Area Ospedaliera, pari a n. 2 unità di personale per Distretto. Si stabilisce, inoltre, un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari a 0,56 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000. All'interno di tale percentuale è compreso anche il fabbisogno di Personale Infermieristico afferente al servizio di 118. Per quanto concerne il fabbisogno di personale Ostetrico, esso è stato definito nella misura di n.1 unità di personale per ogni Distretto.

### Salute Mentale

La metodologia definita a livello ministeriale fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi afferenti alle aree della salute mentale adulti. L'obiettivo è garantire l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale così come definito dal DM 77/22 al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza. L'assistenza per i livelli 1 e 2 è assicurata secondo quanto previsto dal DPR 1/11/1999 (PO Tutela Salute Mentale 1998-2000), al fine di garantire unitarietà degli interventi, integrazione dei servizi e continuità terapeutica. La dotazione organica per l'operatività minima ai fini della assistenza dei livelli 1 e 2, così definita dal DPR 1/11/99, è articolata come segue:

- ❖ Medico psichiatra: 1 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- ❖ Psicologo psicoterapeuta: 0,5 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- ❖ Professioni sanitarie (infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica) e assistenti sociali: 5 ogni 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- ❖ Altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni.

La somma degli standard deve corrispondere a non meno di 6,7 operatori ogni 10.000 abitanti e non comprende le risorse umane necessarie per i livelli 3 e 4.

Per quanto concerne lo standard dei servizi di livello 3, assistenza sanitaria specialistica in ambito ospedaliero, il DCA 67/2016 permette di individuare delle soglie minime di personale per ogni SPDC, considerando una disponibilità di n. 16 posti letto. È previsto il fabbisogno di personale indicato come segue:

- ❖ 1,30 infermieri per posto letto;
- ❖ 0,5 medici per posto letto;
- ❖ 1 dirigente sanitario non medico (psicologo);
- ❖ 0,2 OSS per posto letto;
- ❖ 1 assistente sociale.

Per quanto concerne il personale delle strutture residenziali a carattere intensivo con n. 20 posti letto, si fa riferimento allo standard individuato nelle tabelle del DCA n. 5/2011, che individuano:

- ❖ 1 dirigente medico;
- ❖ 1 psicologo;
- ❖ 5 infermieri;
- ❖ 6 OSS;
- ❖ 2 Tecnici sanitari di Radiologia.

Per quanto attiene alle strutture semi-residenziali con n. 20 posti di accoglienza, il DCA n. 5/2011 individua il fabbisogno di personale come segue:

- ❖ 0,5 dirigenti medici;
- ❖ 0,5 psicologi;
- ❖ 1,5 infermieri;
- ❖ 1 Tecnico sanitario di Radiologia/educatore professionale;
- ❖ 0,33 assistente sociale.

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** *Triennio 2025 - 2027* (art. 6 del DL 80/2021)

Per il livello 4 si fa riferimento alla Legge n. 9/2012, nella quale sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. Sono inoltre comprese le strutture residenziali per persone con Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione (DNA).

### **Dipendenze Patologiche**

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con dipendenze patologiche nell'intero ciclo di vita è assicurata in ciascuna Regione e Provincia Autonoma attraverso i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD). L'assistenza dell'ASL Napoli 3 Sud è articolata su tutto il territorio attraverso cinque UOC e una UOSD. È previsto e garantito un Servizio per le dipendenze almeno ogni 80.000-100.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, con apertura almeno 5 giorni alla settimana, per 12 ore al giorno. I SerD sono dotati di una equipe multiprofessionale così come indicato nella Tabella 20 della DGRC 190/2023.

### **Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza**

Nell'Asl Napoli 3 Sud l'assistenza è assicurata dai Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Il servizio svolge la sua attività in stretto collegamento con i PLS e i MMG, i servizi sociali degli Enti Locali, le istituzioni scolastiche, i consultori familiari, gli altri servizi del territorio rivolti alla popolazione infantile e giovanile, gli eventuali servizi di riabilitazione accreditati per l'età evolutiva, i servizi per le dipendenze, i servizi di salute mentale per l'adulto, nonché con il livello ospedaliero. Lo standard per l'operatività minima ai fini dell'assistenza dei livelli 1 e 2 è il seguente:

- ❖ Dirigenza sanitaria medica e non (medico neuropsichiatra infantile e psicologo psicoterapeuta): 6 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni;
- ❖ Professioni sanitarie (terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, Educatore professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, infermiere, Fisioterapista e altri professionisti, anche di supporto) e assistenti sociali: 10 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni;
- ❖ Altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni.

Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere la presenza di Centri Diurni Terapeutici, con due moduli differenziati: uno per i disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza, ed uno per i gravi disturbi del neuro sviluppo. Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere, inoltre, la presenza di Nuclei funzionali di riferimento locale di cui all'Intesa in Conferenza Unificata 25 luglio 2019, per le patologie a elevata prevalenza. Gli standard di personale dei servizi di assistenza dei livelli 3 e 4 sono ricompresi negli standard dei livelli 1 e 2 di cui sopra.

### **Prevenzione**

Per il Personale Dirigente medico dedicato alla Prevenzione, si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito territoriale dell'ASL Napoli 3 Sud, individuandosi come pari

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

allo 0,07 il rapporto tra dirigenti medici in servizio rispetto alla popolazione residente/1000. Per il Personale infermieristico si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento dell'ASL Napoli 3 Sud, individuandosi come pari allo 0,05 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000. Per quanto riguarda i Dirigenti Veterinari si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato rispetto alle seguenti aree: sanità animale, ispezione alimenti e igiene zootecnica.

### **Cure Domiciliari**

Con riferimento al fabbisogno di personale da destinare all'assistenza domiciliare integrata (ADI) si è provveduto a seguire la metodologia dettata dalla DGRC 190/2023. Lo standard per gli Infermieri è fissato pari a 0,9 FTE ogni 1.000 abitanti over-65, lo standard per i Fisioterapisti è fissato pari a 0,2 FTE ogni 1.000 abitanti over-65. Lo standard per l'Operatore Socio-Sanitario è fissato nella misura non superiore a 1 FTE ogni 2 infermieri.

### **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie**

Il Consultorio familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presente, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (compresa la gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento, così come definito dal DM 77/22. Presso l'ASL Napoli 3 Sud, attualmente, sono attivi 19 consultori e 6 punti consultoriali. Lo standard di personale ogni 20.000 abitanti prevede la presenza di:

- ❖ 0,5 dirigente medico ginecologo;
- ❖ 1 ostetrica;
- ❖ 0,5 psicologi;
- ❖ 0,25 assistenti sociali;
- ❖ 0,25 dirigente medico pediatra.

Il personale infermieristico risulta già considerato all'interno dello standard previsto per il Distretto.

### **DM 77/2022 "Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN"**

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, il DM 77/2022: "Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" fornisce indicazioni alle Regioni in merito agli interventi da adottare al fine di riorganizzare l'assistenza territoriale. Pertanto, presso l'Asl Napoli 3 Sud sono programmate azioni per il recepimento di quanto previsto dal suddetto Decreto.

### **UCA – Unità di Continuità Assistenziale**

L'Unità di Continuità Assistenziale, nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

2021 n. 234, è un'equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. Il DM 77/22 prevede l'implementazione delle UCA garantendo un medico ed un infermiere ogni 100.000 abitanti. Per l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è garantita operatività 5 giorni su 7, in orario dalle ore 08:00 alle ore 20.00, con personale dedicato nei limiti del rispetto dei costi.

### **Infermiere di Famiglia o Comunità**

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. Presso l'Asl Napoli 3 SUD è programmata l'inserimento di tale figura professionale all'interno dell'organico, sempre nel rispetto dei costi. L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. Il DM 77/22 definisce come standard di fabbisogno un infermiere di famiglia o di comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di infermieri di famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola. Tale standard trova il suo limite nei vincoli dei tetti di spesa in materia di personale.

### **Case di Comunità**

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. La riorganizzazione prevista dal DM 77/22, parzialmente finanziata con i fondi della Missione 6 Componente 1 del PNRR, prevede l'attivazione di una Casa di Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti. Presso l'ASL Napoli 3 Sud è programmata l'attivazione di 31 Case di Comunità. La funzione di consultazione ed assistenza primaria viene garantita all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con tutti gli operatori che garantiscono le attività di individuazione precoce e di primo intervento. Lo standard di personale previsto dal DM 77/2022 per le Case di Comunità hub prevede la presenza di:

- ❖ 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità;
- ❖ 1 assistente sociale;
- ❖ 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario e Amministrativo).

### **Ospedali di Comunità**

Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano degli investimenti

# ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

complementari”, prevede l’attivazione di n. 400 Ospedali di Comunità (OdC) sull’intero territorio nazionale. In particolare, un Ospedale di Comunità dotato di n. 20 posti letto ogni 100.000 abitanti e 0,2 posti letto per 1.000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale. L’OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell’autonomia più prossimi al domicilio. Presso l’Asl Napoli 3 Sud è programmata l’attivazione di 8 Ospedali di Comunità. Il DM 77/2022 prevede le seguenti disposizioni in merito all’Ospedale di Comunità:

- ❖ 7-9 infermieri (di cui un Coordinatore Infermieristico);
- ❖ 4-6 Operatori Sociosanitari;
- ❖ 1-2 unità di altro personale con funzioni riabilitative;
- ❖ 1 dirigente medico per 4-5 ore al giorno 6 giorni su 7.

### **Centrale Operativa Territoriale**

Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 “Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano degli investimenti complementari”, prevede l’attivazione di 600 Centrali Operative. In particolare, una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale. La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Presso l’Asl Napoli 3 Sud è programmata l’attivazione di 11 COT. Il DM 77/2022 prevede il seguente standard per le COT:

- ❖ 1 Coordinatore Infermieristico ogni 100.000 abitanti;
- ❖ 3-5 infermieri;
- ❖ 1-2 unità di Personale di Supporto.

Sono previste per l’ultimo quadrimestre 2024 e nel 2025 le aperture delle C.O.T., C.d.C., O.d.C. nel territorio dell’A.S.L. Napoli 3 Sud.

## 7.5 Il rispetto dei vincoli di finanza pubblica

In relazione ai vincoli di finanza pubblica il piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2023- 2025 è stato formulato modulandolo all'art. 11 del DL 35/2019 nella parte in cui consente di individuare quale tetto di spesa del personale, a decorrere dall'anno 2019, la somma più capiente tra il valore della spesa registrato nell'anno 2004, ridotto dell'1,4% e il valore della spesa registrato nell'anno 2018. Il tetto di spesa è stato individuato quale differenziale tra il costo sostenuto nell'anno 2021 e il costo sostenuto nell'anno 2004 (1,4%).

<b>Voci di Costo del Personale dipendente</b>	<b>CE 2022</b>
	<b>Valori in €/000</b>
Personale dipendente a tempo indeterminato	270.371.460,00
Personale a tempo determinato	29.296.532,00
Restante personale	11.174.778,00
<b>Totale costo del personale</b>	<b>310.842.770,00</b>
<b>IRAP</b>	<b>21.101.069,00</b>
<b>Totale costo del personale comprensivo di IRAP</b>	<b>331.943.839,00</b>
<b>Spese per rinnovi dei CCNL intervenuti successivamente al 2004</b>	<b>48.699.132,00</b>
<b>Spese per il personale appartenente alle categorie protette</b>	<b>11.295.874,78</b>
<b>Spese sostenute per il proprio personale comandato c/o altre amministrazioni e per le quali è previsto il rimborso</b>	
<b>COSTI COVID ANNO 2022</b>	<b>43.006.317,00</b>
<b>Totale costo del personale (PARAMETRO X LA DEFINIZIONE DEL DELTA)</b>	<b>228.942.515,22</b>
<b>Tetto di spesa ASL NAPOLI 3 SUD limite 1,4 L. 191/2009</b>	<b>288.769.642,40</b>
<b>Incremento possibile del costo del personale nel triennio 2023-2025</b>	<b>59.827.127,18</b>

Figura 60 – Tetto di spesa personale 2022-2024

La tabella sottostante riporta il riepilogo dei fabbisogni espressi in numero di teste del personale per gli anni 2023, 2024 e 2025, suddivisi per ruolo professionale.

Tabella A PTFP 2023-2025

AA.SS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022 SSN*	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	ChK
<b>RUOLO SANITARIO</b>	<b>3.707</b>	<b>5.037</b>	-	<b>1.330</b>	<b>786</b>	<b>358</b>	<b>246</b>	<b>182</b>	
Dirigenti Medici	948	1.650		702	332	152	90	90	si
Dirigenti Sanitari non medici	149	237		88	78	19	19	40	si
di cui dirigenti professioni sanitarie					19	19			
di cui farmacisti	51				-		-		
di cui altri sanitari non medici	98				59		19	40	
Personale del comparto area sanitaria	2.610	3.150	-	540	376	187	137	52	si
di cui infermieri	2.205	2.550		345	193	98	55	40	si
di cui ostetriche	52	90		38	26	9	7	10	si
di cui tecnici sanitari	266	390		124	124	66	56	2	si
di cui altro comparto sanitario	87	120		33	33	14	19		si
<b>RUOLO SOCIO SANITARIO</b>	<b>459</b>	<b>800</b>	-	<b>341</b>	<b>268</b>	<b>201</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	
Personale del comparto area socio-sanitaria	459	800	-	341	268	201	37	30	si
di cui OSS	411	650		239	231	188	23	20	si
di cui assistenti sociali	48	150		102	37	13	14	10	si
<b>RUOLO TECNICO</b>	<b>129</b>	<b>190</b>	-	<b>61</b>	<b>41</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	
Dirigenti	8	40		32	22	16	2	4	si
Personale del comparto area tecnica	121	150		29	19		19		si
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>27</b>	<b>33</b>	-	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	-	
Dirigenti	20	26		6	6	3	3	-	si
Personale del comparto area professionale	7	7		-	-				si
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>482</b>	<b>685</b>	-	<b>203</b>	<b>172</b>	<b>69</b>	<b>52</b>	<b>51</b>	
Dirigenti	29	65		36	12	5	1	6	si
Personale del comparto area amministrativo	453	620		167	160	64	51	45	si
<b>TOTALE</b>	<b>4.804</b>	<b>6.745</b>	-	<b>1.941</b>	<b>1.273</b>	<b>647</b>	<b>359</b>	<b>267</b>	

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

Figura 61 – Il fabbisogno del personale 2023-2025

Si rappresenta graficamente l'andamento del Piano del Fabbisogno di Personale, distinto per profilo professionale, per ciascun anno oggetto di programmazione (2023-2025).

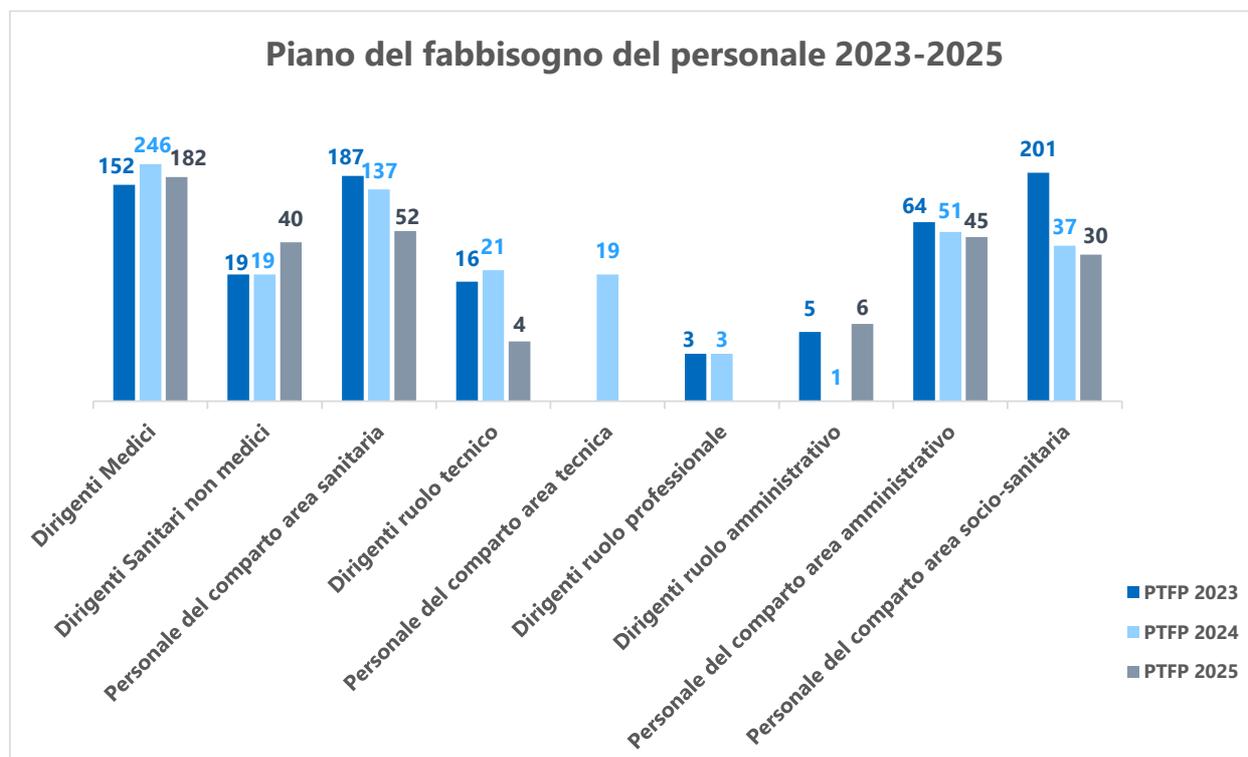


Figura 62 – Piano del fabbisogno di personale 2023-2025

## **7.6 La formazione del personale**

L'ASL Napoli 3 Sud ha adottato con Deliberazione Aziendale n. 863 del 17/09/2021 un Piano di formazione Triennale (2021-2023), in via di completamento per le iniziative formative programmate ed inserite nel Piano ma non ancora realizzate. Ad oggi il piano di ECM ed il nuovo Piano formativo per il triennio 2024-2026 sono in fase di elaborazione.

Il Piano definisce le politiche di reclutamento del personale dell'Azienda sanitaria di livello dirigenziale e non, nel rispetto dei principi dell'efficiente organizzazione degli uffici dell'ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione.

Con il Piano si intende:

- ❖ potenziare per il personale dipendente conoscenze e competenze:
  - "tecnico professionali", ovvero specifiche della professione e della disciplina di appartenenza, anche con specifici corsi di Formazione Continua in Medicina previsti dal Programma di ECM, che consentono il raggiungimento dei crediti formativi;
  - di "sistema", ovvero destinati a tutti gli operatori mediante corsi per il miglioramento di qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari;
  - di "processo", per programmare eventi e corsi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato settore, /ambito;
  - "trasversali", ovvero destinati a tutti gli operatori mediante l'utilizzo sia di corsi di formazione a distanza anche denominati FAD (come, ad esempio, i corsi di formazione base sulla "Privacy", "sulla sicurezza dei lavoratori" ai sensi del D. Lgs 81/08), che organizzando corsi di formazione in presenza come quelli di "Primo soccorso", destinati a tutti gli operatori sanitari e non.
- ❖ risorse interne ed esterne:
  - in tal proposito, dal 2020 è presente presso l'ASL Napoli 3 Sud un Centro di Formazione e simulazione avanzata, dotato di manichini di ultima generazione, altamente tecnologici, utilizzati per l'erogazione di corsi di formazione di livello avanzato, con docenti ed istruttori certificati IRC appartenenti al personale dipendente. I corsi erogati in questo centro di simulazione afferiscono principalmente all'area dell'emergenza-urgenza, alla rianimazione cardiopolmonare, nonché dell'area ostetrica, neonatale e pediatrica. Tali corsi vengono organizzati avvalendosi anche di docenti appartenenti ad altre Aziende sanitarie pubbliche, con cui esiste un rapporto di collaborazione e di interscambio.
- ❖ percorsi di sviluppo (istruzione e specializzazione):
  - Al fine di favorire ed incentivare l'accesso ai percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non, l'ASL Napoli 3 Sud ha stipulato una convenzione con una Università prestigiosa per

garantire al personale dipendente di fruire di percorsi formativi facilitate, sia individuali che ad iniziativa aziendale, sulla scorta di quanto già realizzato nel 2022/2023;

- o La UOSD Formazione è sempre attenta a cogliere l'offerta di proposte formative da parte di Enti, Università ed Istituti che consentano di elevare ed arricchire le competenze del personale dipendente laureato e non mettendo a disposizione, e nei limiti del possibile e nel rispetto del Budget assegnato, Borse di studio, con parziali contributi aziendali o con costi vantaggiosi per il dipendente.

## 7.7 Il piano delle azioni positive

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) dell'ASL Napoli 3 Sud rappresenta lo strumento operativo per l'applicazione concreta di principi di parità e non discriminazione, diretta (situazione nella quale una persona è trattata, in base al sesso, meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata un'altra in una situazione analoga) ed indiretta (situazione nella quale una disposizione, un criterio o una prassi apparentemente neutri possono mettere in una situazione di svantaggio le persone di un determinato sesso rispetto a persone dell'altro), per età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all'accesso, al trattamento ed alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni di carriera ed alla sicurezza.

Si presentano le n. 6 aree di intervento previste nel Piano delle Azioni Positive 2024/2026, maggiormente dettagliate nell'allegato n. 10.

Il Piano delle Azioni Positive 2024/2026, svilupperà 6 aree di intervento:

### STUDI E RICERCHE

Azione 1.1 - Analisi e Indicatori di genere. Report statistici (ad es. suddivisione del personale per genere di età secondo il livello tempo indeterminato e determinato 2023; suddivisione del personale per genere di età secondo e tipo di Presenza 2023 (tempo pieno, part time maggiore del 50%, time minore o uguale del 50%; posizioni di responsabilità remunerate non dirigenziali ripartite per genere 2024; anzianità nei profili non dirigenziali ripartite per genere 2023). Aggiornamento, verifica ed implementazioni delle indagini già effettuate sul benessere lavorativo ed organizzativo.

### POTENZIAMENTO DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

Azione 2.1 - Ampliamento dell'area banner del Comitato Unico di Garanzia sul portale ASL Napoli 3 Sud.

Azione 2.2 - Formazione/informazione del CUG (costante informazione al CUG sui dati del personale dipendente, sulle misure inerenti alla conciliazione vita/lavoro; sulle misure per la tutela delle parità e sulle iniziative delle pari opportunità).

Azione 2.3 - Corso di Formazione (ECM/ FCO) di 35 ore circa su tematiche e progetti proposti dal CUG in accordo con la Dirigenza (ad es. riorganizzazione dell'ente; piani di formazione del personale; criteri di valutazione del personale; forme di flessibilità lavorativa come il lavoro agile ecc.).

## **PROMOZIONE E SOSTEGNO ALLA CULTURA DELLE PARI OPPORTUNITÀ E CULTURA DI GENERE**

Azione 3.1 - Favorire iniziative di informazione e sensibilizzazione sui compiti e gli obiettivi del CUG.

Azione 3.2 - Promozione della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro (Seminari pari opportunità).

## **CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA**

Azione 4.1 - Ricognizione delle forme flessibili di lavoro e dei permessi per la cura dei figli, dei disabili e delle persone anziane al fine di favorire politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro (applicazione diritti flessibilità lavorativa, lavoro agile, indagine per asilo nido).

## **BENESSERE ORGANIZZATIVO E SALUTE AMBIENTE DI LAVORO**

Azione 5.1 - Creazione sportello d'ascolto con professionista psicologo al fine di accogliere problematiche e supportare nella risoluzione di un momento di disagio (apertura bisettimanale antimeridiano e pomeriggio).

Azione 5.2 - Promozione sani stili di vita – attenzione organizzativa e individuale verso sani stili di vita, promuovendo iniziative per agevolare informazione e consapevolezza nell'ottica della prevenzione e del benessere della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro.

Azione 5.3 Corso di formazione finalizzato al supporto psicologico del personale sanitario impegnato nel trattamento ai pazienti fragili dei Presidi Ospedalieri e territoriali della ASL Napoli 3 Sud. Tale necessità nasce dall'esigenza di garantire tempi e modi per una reale possibilità di sostegno, resasi necessaria dalla fase pandemica del recente passato e dalle oggettive condizioni di stress lavorativo del personale impegnato nei reparti coinvolti in tale periodo.

## **CONTRASTO A FORME DI DISCRIMINAZIONE E DI VIOLENZA**

Azione 6.1 - Predisposizione di un Codice di condotta per la tutela della dignità della persona e la prevenzione di ogni forma di discriminazione, molestia morale, sessuale, mobbing ecc.

Il Piano ha durata triennale e sarà pubblicato sul portale aziendale. Nel periodo di vigenza sarà effettuato il monitoraggio delle azioni adottate con un report annuale. Saranno raccolti pareri, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi incontrati da parte del personale dipendente in modo da poter procedere, annualmente, se necessario, e, comunque, al termine del triennio, ad unadeguato aggiornamento.



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

*Triennio 2025 - 2027*

*(art. 6 del DL 80/2021)*

## SEZIONE 4

## 8 Il monitoraggio delle linee programmatiche

### 8.1 Le attività di monitoraggio dell'ASL Napoli 3 Sud

L'ASL Napoli 3 Sud ha identificato strumenti e modalità di monitoraggio specifiche, misurabili e rilevanti in riferimento ad ogni ambito di programmazione previsto nel PIAO, definendo per ciascuno di essi il soggetto responsabile, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti.



Figura 63 – La metodologia SMART utilizzata per il monitoraggio del PIAO

Si precisa che, in coerenza alle indicazioni normative vigenti, il monitoraggio del Valore Pubblico ed il monitoraggio delle Performance è previsto secondo le modalità stabilite dagli art. 6 e 10, comma 1, lett. b) del D. Lgs n. 150/2009 ed il monitoraggio dei Rischi corruttivi e della trasparenza è previsto secondo le modalità stabilite dall'ANAC.

Inoltre, il monitoraggio rivolto all'Organizzazione aziendale, al Lavoro Agile ed al Piano triennale del fabbisogno di personale è previsto secondo le modalità stabilite, su base triennale, dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Di seguito si propone uno schema sintetico che indica per ognuna delle sezioni e sottosezioni del PIAO interessati i principali approcci e strumenti di monitoraggio.

<i>Sez/sottosezione</i>	<i>Modalità Monitoraggio</i>	<i>Frequenza del monitoraggio</i>
<b>Sez.2 - Valore pubblico</b>	Monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi di Valore Pubblico: Indicatori BES, LEA, NSG, Obiettivi Strategici di cui alla DGRC n. 321 del 21.06.2022 e Decreto Presidente Giunta Regione Campania n. 111 del 04.08.2022: - attraverso la verifica del raggiungimento dei risultati rispetto ai risultati attesi relativi agli indicatori di impatto utilizzati per gli obiettivi.	Trimestrale/ Annuale
<b>Sez.2 - Performance</b>	Monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi Strategici ed Operativi funzionali alla definizione delle performance organizzativa delle strutture e della performance individuale: - attraverso la verifica del raggiungimento dei risultati rispetto ai risultati attesi relativi agli indicatori di impatto utilizzati per gli obiettivi.	Trimestrale
	Redazione, approvazione e pubblicazione della Relazione annuale sulla performance: - attraverso la formalizzazione dei risultati raggiunti nell'ultimo monitoraggio (consuntivazione finale) per gli obiettivi strategici ed operativi funzionali alla definizione della performance organizzativa delle strutture.	Annuale (entro il 30 giugno)
<b>Sez.2 - Rischi corruttivi e trasparenza</b>	Monitoraggio periodico secondo le indicazioni contenute nel PNA ed in particolare: - monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza; - monitoraggio in relazione alla revisione complessiva della programmazione; - monitoraggio integrato delle diverse sezioni del PIAO, con specifico riferimento al ruolo proattivo che può ricoprire il RPCT; - monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione. Attraverso la verifica dell'attuazione delle misure organizzative di prevenzione della corruzione ed individuati indicatori e obiettivi (valori attesi), necessari per verificare la corretta attuazione delle stesse.	Periodico (secondo specifiche ASLNA3 Sud)
	Redazione, approvazione e pubblicazione della <b>Relazione annuale del RPCT</b> , sulla base del modello adottato dall'ANAC con comunicato del Presidente. Attestazione da parte degli organismi di valutazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza	15 dicembre o altra data stabilita con comunicato del Presidente dell'ANAC Annuale
<b>Sez.3 - Struttura organizzativa</b>	Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione comunque denominati, della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	A partire dal 2024
<b>Sez.3 -Organizzazione del lavoro agile</b>	Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione comunque denominati, della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	A partire dal 2024
<b>Sez.3 - Piano Triennale del Fabbisogno di Personale</b>	Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione comunque denominati, della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	A partire dal 2024

## 8.2 Il monitoraggio del Valore pubblico

L'ASL Napoli 3 Sud intende favorire la creazione del Valore Pubblico per l'ASL Napoli 3 Sud, orientato ad uno sviluppo equo e sostenibile, attraverso ogni misura possibile.

In questa direzione, l'ASL Napoli 3 Sud ha specificato esattamente gli Indicatori BES cui fare riferimento, per concorrere allo sviluppo equo e sostenibile del paese.

Nello specifico, gli indicatori BES previsti sono:

- ❖ la speranza di vita alla nascita;
- ❖ l'incidenza oncologica;
- ❖ il tasso di mortalità oncologica.

Il monitoraggio degli indicatori BES guarda alla verifica degli scostamenti che avverranno, nel periodo oggetto di programmazione del PIAO, nei valori di baseline, al fine di raggiungere i valori target previsti.

I soggetti responsabili del monitoraggio del Valore Pubblico, nell'ASL Napoli 3 Sud, sono il Dipartimento di Prevenzione e l'UOC Controllo di Gestione.

### La speranza di vita

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

	<b>Baseline</b>	<b>Target</b>	<b>Dati in rapporto per il monitoraggio</b>		<b>Valore raggiunto</b>	<b>Verifica andamento</b>	<b>Nuovo Target</b>
Formula di calcolo	79,11 <i>Ottenuto con i dati dell'anno 2021</i>	80,5 <i>Assegnato rispetto ai dati rilevati all'anno 2021</i>	Somma degli anni di vita della popolazione deceduta nell'anno 2023	Numero totale della popolazione e deceduta nell'anno 2023	79,16		80,5
			709.583	8.964			

## L'incidenza oncologica

### L'incidenza oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
	5,52 (*1.000 ab) <i>Ottenuto con i dati degli anni 2017-2021</i>	5,20 (* 1.000 ab) <i>Assegnato rispetto ai dati rilevati agli anni 2017-2021</i>	Numero medio annuo di casi di neoplasia diagnosticati negli anni 2018-2022.	Numero medio annuo della popolazione e negli anni 2018-2022.	5,55		5,20
		5.780	1.041.915				

## Il Tasso di mortalità oncologica

### Il Tasso di mortalità oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
	2,18 (*1.000 ab) <i>Ottenuto con i dati degli anni 2017-2021</i>	2,13 (* 1.000 ab) <i>Assegnato rispetto ai dati rilevati agli anni 2017-2021</i>	Numero medio annuo di decessi per neoplasia negli anni 2018-2022.	Numero medio annuo della popolazione negli anni 2018-2022.	2,15		2,13
		2.243	1.041.915				

## **8.3 Il monitoraggio delle Performance**

Il sistema di valutazione dell'Asl Napoli 3 Sud si basa sulla performance organizzativa dalla fase di definizione degli obiettivi, alla misurazione in corso d'anno e alla verifica finale dei risultati. Per quanto riguarda la fase di definizione degli obiettivi, il riferimento è ai requisiti metodologici previsti all'art. 5 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., recepiti dall'Asl Napoli 3 Sud nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (S.M.V.P.). La Valutazione della Performance opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Organigramma Aziendale e negli altri atti organizzativi:

- ❖ Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e non Dipartimentali.

Oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. La Direzione dell'Azienda, coerentemente alle indicazioni e agli atti della programmazione regionale ed alle proprie valutazioni di contesto, definisce annualmente la strategia aziendale. Successivamente, UOSD Misurazione e valutazione della performance e l'U.O.C. Controllo di Gestione, predispongono le opportune schede obiettivo. Le schede così definite vengono illustrate, discusse, condivise ed infine firmate per accettazione dai Direttori/Responsabili dei centri di responsabilità. Si identifica la retribuzione di risultato legata ad ogni obiettivo attraverso la "pesatura" dei medesimi.

Le Strutture Aziendali, a cui sono stati affidati gli obiettivi performance, monitorerà con cadenza trimestrale, funzionale alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi come sopra negoziati, per quanto di competenza. Il monitoraggio dovrà essere trasmesso UOSD Misurazione e valutazione della performance e all'U.O.C. Controllo di Gestione. L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), su indicazioni delle UU.OO.CC. centrali di cui sopra, procede invece ad una verifica infra-annuale utile a valutare eventuali criticità nel percorso di raggiungimento degli obiettivi. In base alle verifiche sopra indicate e ad eventuali osservazioni formalizzate dalle Strutture operative, la Direzione Aziendale può anche autorizzare eventuali modifiche agli obiettivi, qualora sia accertato che siano intervenute rilevanti novità che incidono sulla possibilità di raggiungimento dell'obiettivo o sia constatato che l'obiettivo fosse originariamente non appropriato nella formulazione o nel valore atteso; in caso di successive disposizioni regionali, è facoltà della Direzione ridefinire o integrare gli obiettivi assegnati. Al grado di raggiungimento finale degli obiettivi viene legata in maniera definitiva la corresponsione della retribuzione di risultato/produzione. La metodologia adottata consente all'O.I.V. di valutare la Performance organizzativa per tutte le Strutture aziendali.

### **Performance individuale**

Il grado di raggiungimento degli obiettivi della Struttura determina anche il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello individuale. L'eventuale non raggiungimento o un raggiungimento in quota minore rispetto al risultato dell'equipe, deve essere dichiarato dal Responsabile di Servizio attraverso una relazione chiara e circostanziata, dalla quale emergano le motivazioni.

La valutazione individuale viene anche formalizzata dai responsabili dei servizi attraverso la compilazione, a fine d'anno, di un'apposita scheda che entra a far parte del fascicolo individuale come da normativa vigente. L'O.I.V., dopo aver acquisito le osservazioni del dipendente (eventualmente assistito da un rappresentante sindacale o legale di fiducia) provvede ad assumere la decisione definitiva.

## **Processo di attuazione del ciclo della performance**

L'Asl Napoli 3 Sud utilizza il sistema di verifica degli obiettivi, attraverso la strutturazione definita nel "piano della performance" come descritto nei paragrafi precedenti, che indirizza e orienta i comportamenti delle articolazioni organizzative e degli individui e costituisce il ciclo di valutazione della performance aziendale.

Al termine del ciclo, l'O.I.V. valuta la congruità delle azioni svolte per il raggiungimento degli obiettivi strategici, che hanno previsto il coinvolgimento di tutti i livelli aziendali.

L'Asl Napoli 3 Sud ha dotato l'O.I.V., quale supporto alla propria attività, di una Struttura Tecnica Permanente (IPAS), incardinata nell'UOSD Misurazione e valutazione della performance, per la misurazione della performance, composta da figure professionali appartenenti all'UOSD Misurazione e valutazione della performance. La Struttura svolge un ruolo di interfaccia tecnica tra l'O.I.V. e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse Strutture e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

- ❖ assicura il necessario supporto allo svolgimento dell'intero Ciclo di gestione della performance, alla stesura del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, del Piano e della Relazione della Performance;
- ❖ coadiuva i soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;
- ❖ cura i rapporti fra Azienda e Componenti dell'O.I.V.;
- ❖ svolge la funzione di segreteria verbalizza le sedute, costituisce e conserva l'archivio.

## **8.4 Il monitoraggio del Lavoro agile**

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati, si è prevista l'introduzione di un sistema strutturato che possa supportare il singolo dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro. In tale processo i principali attori sono i Dirigenti che, in qualità di promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi, pongono particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati avviene allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa. La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile. Si proseguirà pertanto, nel triennio di riferimento, ad attivare le procedure di confronto con le OO.SS. finalizzate alla regolamentazione del lavoro agile, secondo quanto previsto dalle indicazioni nazionali e dai nuovi accordi contrattuali.

Il lavoro di analisi sullo stato di implementazione del lavoro agile costituisce il punto di partenza per le organizzazioni che, come l'ASL Napoli 3 Sud, vogliono rivedere i propri modelli organizzativi in un'ottica innovata ed ispirata alla digitalizzazione. In tale scenario, l'ASL Napoli 3 Sud si propone di monitorare l'adozione ed il rispetto del POLA (PIAO).

Tale monitoraggio si espletterà attraverso:

- ❖ l'attenta valutazione dello stato di implementazione del POLA (PIAO), ovvero analizzando le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile in tutta l'organizzazione aziendale;
- ❖ la misurazione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi e/o individuali.

È da considerare che già in precedenza era stato fornito il target generale per l'adozione del lavoro agile, con la Legge n. 124/2015 (c.d. Riforma Madia), prevedendo appunto che nell'arco del triennio successivo tutte le PA avrebbero dovuto rendere possibile il lavoro agile ad almeno il 10% del personale, conseguentemente alle richieste ottenute, con relativo monitoraggio. Nel corso del tempo, la sperimentazione inerente al lavoro agile e la percentuale del 10%, previste entrambe dall'art. 14 della Legge sopra citata, sono state integralmente modificate. A partire dal 19 luglio 2020, con l'introduzione del POLA (PIAO) e quindi una programmazione specifica del lavoro agile, l'indicazione normativa ha portato al 60% il numero di dipendenti a cui lo stesso può essere riconosciuto, purché impegnati in attività che possono essere svolte in tale modalità.

Come enunciato in premessa, l'ASL Napoli 3 Sud intende procedere alla misurazione concreta dell'effettiva adozione del POLA (PIAO), per il periodo temporale a cui la pianificazione strategica si rivolge, mediante l'utilizzo di un indicatore chiaro e specifico, in grado di identificare l'effettiva implementazione del lavoro agile.

Occorre considerare che, nell'eventualità fosse autorizzato tutto il personale richiedente allo svolgimento della propria attività in modalità agile ed emergesse che le giornate effettive, fossero percentualmente irrilevanti, l'ASL Napoli 3 Sud intende approfondire le cause di tale irrilevanza (per approfondire, ad esempio, se non è stata adeguatamente sostenuta la politica di organizzazione del lavoro agile con interventi mirati alla gestione dei tempi, alla dotazione di infrastrutture informatiche ed alle competenze digitali).

L'ASL Napoli 3 Sud svolgerà il monitoraggio del POLA (PIAO) attraverso i seguenti indicatori:

- ❖ Indicatore quantitativo: riferito alla valutazione della misura di adozione del POLA. La formula di calcolo proposta è:  $(N. \text{ Ore o Giorni in lavoro agile} / N. \text{ Ore o Giorni lavorativi})$ ;
- ❖ Indicatore di efficienza produttiva: riferito al monitoraggio della variazione registrata nelle "Assenze" nell'ottica della riduzione. La formula di calcolo proposta è:  $((\text{Giorni di assenza} / \text{giorni lavorabili mese A})$

anno X) – (Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1) / (Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1);

- ❖ Indicatore economico: riferito al monitoraggio dei “Costi” rilevati per la produzione dell’output correlato al servizio svolto in modalità agile nell’ottica della riduzione. La formula di calcolo proposta è: ((Straordinario mese A anno X) –(Straordinario mese A anno X-1) / (Straordinario mese A anno X-1).

I soggetti responsabili del monitoraggio del POLA (PIAO), nell’ASL Napoli 3 Sud, sono l’UOC Gestione Risorse Umane e l’UOC Controllo di Gestione.

Di seguito si riportano i suddetti indicatori valorizzati per l’anno 2024:

## Indicatore quantitativo

### Valutazione della misura di adozione del POLA – ASL Napoli 3 Sud

	<b>Baseline</b>	<b>Target</b>	<b>Dati in rapporto per il monitoraggio</b>		<b>Valore raggiunto</b>	<b>Verifica andamento</b>	<b>Nuovo Target</b>
Formula di calcolo	/	N.D.	N. Giorni in lavoro agile 2024	N. Giorni lavorativi 2024	<b>0,05%</b>		5%
			718	1.351.063			

## Indicatore di efficienza produttiva

### Indicatore di efficienza produttiva – ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
	/	N.D.	((Giorni di assenza/giorni lavorabili anno 2024) – (Giorni di assenza/giorni lavorabili anno 2023))	(Giorni di assenza/giorni lavorabili anno 2023)		<b>4,62</b>	
			61,47	1.329,65			

## Indicatore economico

### Monitoraggio dei costi – ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
	/	N.D.	((Straordinario anno 2024) - (Straordinario anno 2023))	(Straordinari o anno 2023)		<b>-0,90</b>	
			-2.836.790,63	3.134.640			

## 8.5 Il monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale

Come sancito dagli artt. 6, 6 bis e 6 ter del D. Lgs. n. 165/2001, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche disponibili è orientato verso gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità definiti a livello aziendale, con uno sguardo attento alla qualità' dei servizi offerti ai cittadini. In tale contesto, le PA adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, il quale stabilisce le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, in coerenza con i limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente. Le PA hanno poi facoltà di procedere al congelamento dei posti ed alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione nelle misure previste dalla normativa, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale.



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

**Triennio 2025 - 2027**

*(art. 6 del DL 80/2021)*

Ogni anno, rispetto al periodo di programmazione, l'ASL Napoli 3 Sud, secondo le modalità definite dall'art. 60 del D. Lgs. n. 165/2001, definisce gli aggiornamenti da prevedere al PTFP, resi poi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica.

In funzione del monitoraggio effettuato dal Ministero dell'economia e delle finanze, di intesa con il Dipartimento della funzione pubblica attraverso il sistema informativo di cui al comma 2 dell'art. 6 ter del D. Lgs. n. 165/2001, è previsto che - laddove si rilevino incrementi di spesa correlati alle politiche assunzionali tali da compromettere gli obiettivi e gli equilibri di finanza pubblica - il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adotta le necessarie misure correttive delle linee di indirizzo di cui al comma 3 dello stesso articolo, che sancisce misure specifiche per le amministrazioni facenti parte del SSN.

È necessario considerare che la predisposizione del PTFP, nell'ambito del SSR, è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Il PTFP dell'ASL Napoli 3 Sud attua i piani programmatici stabiliti dall'Atto Aziendale vigente. Nella sua elaborazione, per gli anni 2023-2025, si evidenzia che l'incremento del costo del personale nel triennio 2023-2025 consente l'assunzione del personale indicato nella suddetta tabella, sebbene il numero di unità previsto non trovi congruenza con lo standard dell'Azienda calcolato ai sensi della D.G.R.C. 190/2023 come è agevole ricavare dalle colonne fabbisogno azienda 2023-2025 e fabbisogno nel rispetto del tetto di spesa.

Il soggetto responsabile del monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale, nell'ASL Napoli 3 Sud, è l'UOC Gestione Risorse Umane.

## **8.6 La soddisfazione degli utenti**

La Customer Satisfaction è lo strumento mediante il quale la Pubblica Amministrazione si impegna a perseguire l'obiettivo della qualità totale (livello strategico, gestionale, organizzativo, comportamentale), ponendo il cittadino al centro dei propri processi decisionali. L'ascolto attivo del cittadino consente di raccogliere le informazioni necessarie a valutare la corrispondenza tra il livello di qualità percepito e atteso sia in relazione a ciascun fattore di qualità del servizio reso e delle prestazioni erogate sia nel suo complesso. In tal modo, l'Amministrazione è indotta ad intervenire con azioni mirate e progetti specifici e migliorativi laddove si registra lo scarto maggiore tra ciò che la stessa è stata in grado di realizzare e ciò di cui la collettività ha effettivamente bisogno o che si aspetta di ricevere da essa. La realizzazione della customer satisfaction rientra tra le misure previste dalla normativa in materia di "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle attività svolte dalle Amministrazioni Pubbliche, a norma dell'art. 11 della Legge n. 59 del 15 marzo 1997". La Regione Campania, attraverso la D.D. n. 75 del 18/08/2017, ha approvato la Linea Progettuale n. 2 relativa allo "Sviluppo dei processi di umanizzazione" del DCA n. 134 del 28/10/2016, prevedendo



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

**Triennio 2025 - 2027**

*(art. 6 del DL 80/2021)*

per le PA l'obbligo di adottare adeguati metodi e strumenti per la misurazione e la valutazione della performance dei servizi erogati.

La rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in merito all'assistenza domiciliare integrata, a valle della raccolta dei numeri di cellulare e/o degli indirizzi mail degli utenti/caregiver in assistenza domiciliare, è stata avviata attraverso la somministrazione di uno specifico questionario.

Il questionario, disponibile anche al form online raggiungibile attraverso il seguente indirizzo:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfUJmkEeuioHZDfAPgvkl9cyDFimZFllw3AXcQZioNQyITOnQ/formResponse>, prevede una sezione anagrafica, una sezione dedicata all'Area delle cure domiciliari, elaborata in coerenza con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 art. 22 e 23", le informazioni relative alla tipologia di assistenza ottenuta, raccolte dal PAI. Nel proseguo, il test mira a raccogliere il grado di soddisfazione valutando la capacità informativa, le prestazioni del MMG o del PLS, le prestazioni erogate dal personale medico/specialista, le prestazioni erogate dagli operatori, il servizio erogato durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19 ed il rispetto della propria dignità e privacy. Inoltre, il cittadino viene messo al corrente della possibilità di presentare reclami e si offre la possibilità di esprimere opinioni personali sull'assistenza ricevuta, anche attraverso la formulazione di proposte di miglioramento.

## 9 Bibliografia e sitografia

Definizione degli indicatori BES. Articolo Novantanove – Lo sviluppo locale che vorrei – MYBES. URL: <https://www.istat.it/it/files//2018/04/12-domini-commissione-scientifica.pdf>

Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance Ministeri N. 2 dicembre 2017

RELAZIONE 2019 AL PARLAMENTO E AL GOVERNO sui livelli e la qualità dei servizi offerti dalle Pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini (art. 10-bis, legge 30 dicembre 1986, n. 936) – CNEL

Ricci P. (2007), Lo standard G.B.S. per la rendicontazione sociale nella pubblica amministrazione, Franco Angeli, Milano

La “piramide del Valore Pubblico”. Fonte: Deidda Gagliardo, 2015; Papi et al. 2018

Cardillo E. (2008), I presupposti scientifici e culturali dei percorsi di social accounting nel settore pubblico, G. Giappichelli, Torino

ASL Napoli 3 SUD: la Performance affidata a GZOOM. URL: <https://gzoom.mapsgroup.it/asl-napoli-3-sud-la-performance-affidata-a-gzoom>

Sistema informativo per la riabilitazione (SIR) – Regione Campania. URL: <https://sinfonia.regione.campania.it/preview/sir>

Sistema Informativo per le Dipendenze (SID) – Regione Campania: <https://sinfonia.regione.campania.it/preview/sid>

NSO – MEF - Linee Guida per l’emissione e la trasmissione degli ordini elettronici. URL: <https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/e-GOVERNME1/apir/NSO-Linee-guida-IT.pdf>

Sanità Digitale – Regione Campania. URL: <http://www.regione.campania.it/regione/it/la-tua-campania/servizi-af3a/sanita-digitale>

Agenas PNRR: [MISSIONE 6 SALUTE - AGENAS](#)

Liste di Attesa – Regione Campania. URL: <http://www.regione.campania.it/regione/it/amministrazione-trasparente-fy2n/servizi-erogati/liste-di-attesa-qgfo>

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) – Regione Campania. URL: <http://www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/fascicolo-sanitario-elettronico/fascicolo-sanitario-elettronico-fse>



# ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

## **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione**

***Triennio 2025 - 2027***

*(art. 6 del DL 80/2021)*

La creazione del valore pubblico – FPA Digital 360. URL: <https://www.forumpa.it/riforma-pa/come-creare-valore-pubblico/>

Focus on | L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi. Il cittadino stakeholder della sanità di Angelo Tanese e Alessio Terzi

Il monitoraggio anticorruzione: aspetti teorici e pratici – Un confronto costruttivo. ANAC. URL: <https://www.anticorruzione.it/documents/91439/2616163/NL02.3.Il%2Bmonitoraggio%2Banticorruzione.pdf/381300bf-b53e-6dac-79c6-aaa0de4d5ab1?t=1635166485197>

## 10 Indice degli allegati

Allegato 1 - Schede obiettivi Area Amministrativa

Allegato 2 - Schede obiettivi Area Sanitaria

Allegato 3 - Schede obiettivi Strategici Area Supporto Direzione Strategica

Allegato 4 - Misure prevenzione bandi e avvisi dal 1° luglio 2023 e PNRR

Allegato 5 - Misure prevenzione corruzione bandi e avvisi prima del 1° luglio 2023

Allegato 6 - Elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione Amministrazione Trasparente\_Allegato 9 PNA 2022

Allegato 7 – Atti e documenti da pubblicare in Amministrazione Trasparente contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024

Allegato 8 – Mappatura dei processi NEW

Allegato 9 – Mappatura dei processi OLD

Allegato 10 - Piano Triennale delle azioni positive 2024/2026