

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 93 DEL 31.01.2020

OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA ANNI 20/21/22.

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITÀ	
<u>AFFISSIONE ALBO</u>	<u>RELATA</u>	<u>ORDINARIA</u>	<u>IMMEDIATA</u>
<p>La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda dal 04.02.2020</p> <p>e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.</p> <p>L'incaricato f.to sig.ra Maria Vallone</p> <hr/>	<p>La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione</p> <p>L'incaricato</p> <hr/>	<p>La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal</p> <hr/> <p>Il Dirigente</p> <hr/>	<p>La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.</p> <p>31.01.2020</p> <p>Il Direttore Generale f.to Ing. Gennaro Sosto</p> <hr/>

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

Ing. Gennaro Sosto, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 372 del 6 agosto 2019 e con D.P.G.R.C. n. 104 del giorno 8 agosto 2019, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione del parere del Direttore Amministrativo Aziendale e del Direttore Sanitario Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

**AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD Via Marconi, 66 80059 Torre del Greco
UOC Relazioni con il Pubblico**

OGGETTO: Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza anni 20/21/22.

**Il Direttore della UOC Relazione con il Pubblico nella funzione di
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore della UOC Relazioni con il Pubblico in qualità di responsabile della Prevenzione e della Trasparenza e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Dirigente proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione:

- Nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al regolamento Europeo n° 679 del 27 aprile 2016 con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità;
- La conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i.;
- La conformità all'Atto Aziendale dell'Asl Napoli 3 Sud approvato dalla regione Campania con D.C.A. n° 39 del 25 settembre 2017 e pubblicato sul B.U.R.C. n° 72 del 2 ottobre 2017.

Dichiarata, allo stato ed in relazione al procedimento di cui al presente atto, l'insussistenza del conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 bis della Legge 241/90, delle disposizioni di cui al vigente Codice di comportamento aziendale e delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della corruzione della Trasparenza.

Vista:

- La Costituzione Italiana;
- La Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la Prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 recante "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Il Piano Nazionale Anticorruzione – Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019;
- Il Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconfondibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- Il Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n° 286 "Riordino e Potenziamento dei Meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche a norma dell'art. 11 della Legge 15 marzo 1997 n° 59, e s.m.i. ;
- Il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n° 150 recante "attuazione della Legge 4 marzo 2009, n° 15 in materia di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni"

- Il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n° 165 e s.m.i. recante: “norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche e successive modificazioni”
- Il GDPR n° 679/2016, e le delibere Garante della Privacy su dati pubblicati in internet;
- Il Decreto Legislativo 7 marzo 2005 n° 82 e s.m.i. Codice dell’Amministrazione Digitale;
- Le vigenti linee guida emanate dal Ministero Funzione Pubblica per la gestione dei siti internet nella P.A;
- Legge 7 agosto 2015, n° 124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni pubbliche”;
- Legge 30/11/2017, n° 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato;
- D.L.19 aprile 2017, n° 56 “Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n° 50, e s.m.i.;
- Tutti gli atti, gli orientamenti, le linee guida e le deliberazioni dell’Autorità Nazionale Anticorruzione;
- Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n° 90 “Attuazione della direttiva U.E. 2015 n° 849 relativa alla prevenzione dell’uso del sistema finanziario a scopo del riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo;
- Linee guida dell’ANAC sull’utilizzo della piattaforma per il monitoraggio dei PTPCT.

Le Deliberazioni della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud:

- n° 58 del 31 gennaio 2012 avente per oggetto - presa d’atto proposta "Piano Della Trasparenza e dell'integrità" D.Lgs. 150/2009 art. 11 adempimenti.
- n° 144 del 26 marzo 2013 avente per oggetto – “Piano triennale di prevenzione della corruzione anni 2013 - 2014 – 2015;
- n° 813 del 5 dicembre 2013, avente per oggetto “Approvazione Codice di comportamento ASL Napoli 3 Sud”;
- n. 19 del 17 gennaio 2014 avente per oggetto “Piano aziendale triennale di prevenzione della corruzione anni 2014 - 2015 – 2016”;
- n° 81 del 06 febbraio 2014 avente per oggetto: “Approvazione regolamento aziendale in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento incarichi extraistituzionali”;
- n° 539 del 25 luglio 2014 “Approvazione Codice Disciplinare ASL Napoli 3Sud”;
- n° 23 del 28 gennaio 2015 avente per oggetto “Programma Triennale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza 2015/16/17”;
- n° 59 del 29 gennaio 2016 avente per oggetto “Programma Triennale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza 2016/17/18”;
- n°49 del 31 gennaio 2017 “Presa d’Atto Programma Triennale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017/18/19;
- n° 170 del 14 febbraio 2018 “Presa d’atto Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza anni 2018/19/20;
- n° 678 del 22 luglio 2019 “Presa d’atto Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza anni 2019/20/22;
- DCA 39 del 25 settembre 2017 “Atto Aziendale Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud;
- La nota a firma del Direttore generale n° 23750 del 12 febbraio 2019 con oggetto D.Lgs. 90 del 25 maggio 2017 – Normativa antiriciclaggio”;

Considerato che:

- Tra le modifiche più importanti del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. si registra quella della piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell’integrità nel Piano triennale di prevenzione della corruzione;

- L'Asl Napoli 3 Sud, entro il 31 gennaio di ogni anno deve adottare il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza in cui sia chiaramente identificata la sezione relativa alla Trasparenza. In una logica di semplificazione il documento deve essere pubblicato sul sito istituzionale www.aslnapoli3sud.it tempestivamente e comunque non oltre un mese dall'adozione ed inoltre inserito nella piattaforma A.N.A.C.;
- Il legislatore ha rafforzato la necessità che sia assicurato il coordinamento tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza contenuti nel PTPCT e gli obiettivi degli altri documenti di natura programmatica e strategico-gestionale dell'amministrazione nonché con il piano della performance. Ciò al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi post;
- Nel novellato art. 10 del d.lgs. 33/2013 (D.L.gs 97/2016), che prevede l'accorpamento tra programmazione della trasparenza e programmazione delle misure di prevenzione della corruzione, viene chiarito che la sezione del PTPCT sulla trasparenza debba essere impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno dell'Asl Napoli 3 Sud, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati;
- Viste le dimissioni del responsabile della Prevenzione della corruzione dr.ssa Angela Imrota, note n° 159410 del 13 novembre 2019, n° 71 del 2 gennaio 2019; n° 471 del 27 gennaio 2017, n° 4278 del 30 ottobre 2017,

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di procedere alla adozione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, anni 2020/21/22 allegato alla presente deliberazione formandone parte integrale e sostanziale (Il documento è formato da n° 2 allegati – Allegato A. Piano Prevenzione della corruzione anno 2020/21/22 e Allegato B. Piano Trasparenza 2020/21/22), quale aggiornamento annuale al PTPCT anni 2019/20/21, ***valutato l'adeguamento organizzativo in corso al nuovo modello stabilito nell'Atto Aziendale DCA 39/2017***;
- Di procedere alla Nomina del responsabile Prevenzione della Corruzione 2020;
- Di individuare i Responsabili di tutte le strutture complesse e semplici dipartimentali, quali “Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione”, per l'esercizio delle funzioni di cui all'accluso piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza”;
- ***Di stabilire che gli adempimenti assegnati in materia di Prevenzione della corruzione e di Trasparenza e le azioni individuate nell'analisi dei processi organizzativi a rischio sono individuati quali obiettivi strategici, inseriti nel Piano della Performance anno 2020*** ove saranno declinati, con specifici indicatori e standard per il conseguimento degli obiettivi assegnati alle singole strutture all'interno del sistema informativo (schede 01/02/03 pubblicate sul sito istituzionale) al fine della valutazione del raggiungimento degli obiettivi da parte ***dell'Organismo Indipendente di Valutazione*** ed inserite in successivo atto deliberativo, così come previsto nel Piano della Performance vigente;
- Che i Direttori della U.O.C. G.R.U., della U.O.C. G.E.F., della UOC A.B.S., della UOC Controllo di Gestione, della UOC Valutazione Risorse Umane e Performance e della UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni – in base alla rispettiva competenza – curino l'attuazione di quanto prescritto nella ripetuta circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica nella parte in cui si illustra che, in considerazione del “... delicato compito organizzativo e di raccordo che deve essere svolto dal responsabile della prevenzione, le amministrazioni devono assicurargli un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio. L'appropriatezza va intesa non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo, dovendo assicurare la presenza di elevate professionalità, che dovranno peraltro essere

- destinatarie di specifica formazione. ...”; e ciò, anche tenuto conto delle consistenti responsabilità che la legge riconduce al Responsabile della prevenzione della corruzione;
- Che il Direttore UOC Valutazione Risorse Umane e Performance inserisca tutti gli obiettivi individuati nel presente piano nel Piano di declinazione degli obiettivi assegnati nel Piano della Performance 2020, in accordo con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;
- Di stabilire inoltre che il Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della Trasparenza anni 2020/21/22 sia trasmesso, a cura del direttore UOC Relazioni con il Pubblico nella funzione di responsabile della Trasparenza, per l'esatta scrupolosa osservanza, a tutti i Responsabili delle articolazioni aziendali centrali e periferiche, e che gli stessi garantiranno un sistema a cascata per la trasmissione del P.T.P.C.T. a tutti i portatori d'interesse.

*Il Direttore
UOC Relazioni con il Pubblico
Responsabile Prevenzione della corruzione e della Trasparenza
f.to dott.ssa Angela Imrota*

IL DIRETTORE GENERALE

In forza della D.G.R.C. n° 372 del 6 agosto 2019 e del D.P.G.R.C. n° 104 del 8 agosto 2019

Preso atto della dichiarazione resa dal Dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy ed all'Atto Aziendale DCA 39/2017
Sentito il parere favorevole espresso del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

*Direttore Sanitario
f.to Dr. Gaetano D'Onofrio*

*Direttore Amministrativo
f.to Dr. Giuseppe Esposito*

DELIBERA DI:

- Di procedere alla adozione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della Trasparenza anni 2020/21/22 allegato alla presente deliberazione formandone parte integrale e sostanziale (Il documento è formato da n° 2 allegati – Allegato A Piano Prevenzione della corruzione anno 2020/21/22 e Allegato B Piano Trasparenza 2020/21/22);
- Confermare per l'anno 2020 l'incarico aggiuntivo di Responsabile della Prevenzione della corruzione *alla dr.ssa Angela Imrota*, già Direttore UOC Relazioni con il Pubblico e Responsabile della Trasparenza, secondo le modalità stabilite nel Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza allegato al presente atto, garantire al RPC il supporto di un dirigente dell'area tecnico-amministrativa-professionale per il corretto passaggio di consegne e di competenze, necessario al fine dell'individuazione del nuovo responsabile Prevenzione della corruzione anno 2020;
- Individuare i Responsabili di tutte le strutture complesse e semplici dipartimentali, quali “Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione”, per l'esercizio delle funzioni di cui all'accusato piano della prevenzione della corruzione e della Trasparenza;
- *Di stabilire che gli adempimenti assegnati in materia di Prevenzione della corruzione e di Trasparenza e le azioni individuate nell'analisi dei processi organizzativi a rischio sono individuati quali obiettivi strategici, inseriti nel Piano della Performance anno 2020 i quali saranno declinati, con specifici indicatori e standard per il conseguimento degli obiettivi*

assegnati alle singole strutture all'interno del sistema informativo (schede 01/02/03 pubblicate sul sito istituzionale) al fine della valutazione del raggiungimento degli obiettivi da parte dell'Organismo Indipendente di valutazione , così come previsto nel Piano della Performance vigente;

- Che i Direttori della U.O.C. G.R.U., della U.O.C. G.E.F., della UOC A.B.S., della UOC Controllo di Gestione, della UOC Valutazione Risorse Umane e Performance e della UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni – in base alla rispettiva competenza – curino l'attuazione di quanto prescritto nella ripetuta circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica nella parte in cui si illustra che, in considerazione del “ ... delicato compito organizzativo e di raccordo che deve essere svolto dal responsabile della prevenzione, le amministrazioni devono assicurargli un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio. L'appropriatezza va intesa non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo, dovendo assicurare la presenza di elevate professionalità, che dovranno peraltro essere destinate di specifica formazione. ...”; e ciò, anche tenuto conto delle consistenti responsabilità che la legge riconduce al Responsabile della prevenzione della corruzione;
- Che il Direttore UOC Valutazione Risorse Umane e Performance inserisca tutti gli obiettivi individuati nel presente piano triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza nel Piano di declinazione degli obiettivi assegnati nel Piano della Performance 2020 in accordo con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.
- Di stabilire che il Piano della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza anni 2020/21/22 sia trasmesso, a cura del Direttore UOC Relazioni con il Pubblico nella funzione di responsabile della Trasparenza, per l'esatta scrupolosa osservanza, a tutti i Responsabili delle articolazioni aziendali centrali e periferiche, e che gli stessi garantiranno un sistema a cascata per la trasmissione del P.T.P.C.T. a tutti i portatori d'interesse .
- Il Piano P.C.e T sarà trasmesso inoltre a tutta la rete dei stakeholder dell'Asl Napoli 3 Sud;

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, che viene resa data l'urgenza immediatamente esecutiva, curandone tutti i consequenziali adempimenti. Nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dagli artt. 26 e 27 del d. lgs 14 marzo 2013 n°33 e s.m.i.

Direttore Generale
f.to Ing. Gennaro Sosto



Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza

2020/2021/2022

Direttore Generale
Ing. Gennaro Sosto

A cura

Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza

Dott.ssa Angela Improta

Direttore UOC Relazioni con il Pubblico

Premessa

Il Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza è un piano che si sviluppa su base annuale.

Il presente Piano (8° dal 2013) è sviluppato in coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione adottato con Delibera numero 1064 del 13 novembre 2019, che è stata trasmessa con nota n. 172981 del 09.12.2019, a tutti i dirigenti responsabili referenti del Responsabile della Prevenzione della corruzione, al fine di predisporre una relazione coerente con i contenuti della Delibera Anac precitata.

L'ultimo Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza 2019-20-21 è stato adottato con delibera n° 678 del 22 luglio 2019.

Il PTPCT anni 2020-21-22 deve essere pubblicato sul sito istituzionale www.aslnapoli3sud.it tempestivamente e comunque non oltre un mese dall'adozione.

Il comma 8 dell'art.1 della L. 190/2012, come modificato dall'art. 41 co. 1 lett. g) del d.lgs. 97/2016, prevede che gli obiettivi strategici in materia di trasparenza definiti dalla norma, costituiscano elementi necessari ed individuati da analisi sui processi organizzativi specifici dell'Asl, del PTPCT.

Il legislatore ha rafforzato la necessità che sia assicurato il coordinamento tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza contenuti nel PTPCT e gli obiettivi degli altri documenti di natura programmatica e strategico-gestionale dell'amministrazione nonché con il piano della Performance. Ciò al fine di garantire la coerenza e l'effettiva sostenibilità degli obiettivi posti.

Nel novellato art. 10 del d.lgs. 33/2013 e s.m.i., che prevede l'accorpamento tra programmazione della trasparenza e programmazione delle misure di prevenzione della corruzione, viene chiarito che la sezione del PTPCT sulla trasparenza debba essere impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno di ogni ente, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Per il 2020, considerato l'adeguamento strutturale all'organizzazione stabilita dall'Atto Aziendale dell'Asl Napoli 3 Sud, approvato dalla regione Campania con DCA 39 del 25 settembre 2017, si presenta un piano che conferma in gran parte già quanto stabilito nel Piano Triennale precedente con un'analisi di quanto sviluppato e posto in essere durante il 2018 e nel 2019.

Il Presente Piano si presenta in due allegati il primo tratterà nello specifico le problematiche relative alla Prevenzione della corruzione (allegato A), nel secondo sono inserite tutte le regole e gli obblighi relativi alla Trasparenza ai sensi del D.Lgs 33/2013 e s.m.i. (Allegato B)

ALLEGATO A
PIANO TRIENNALE DELLA
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Art.1 Il Piano Triennale della Prevenzione della corruzione

1.1. L’Autorità Nazionale Anticorruzione nell’effettuare la propria vigilanza terrà conto delle scadenze indicate nel PTPCT, ferme restando le scadenze per l’aggiornamento disposte dalle norme. Si ritiene, inoltre, utile indicare nel PTPCT, nell’allegato B1 Trasparenza, i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa, in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell’Amministrazione.

Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza (art. 1, co. 8, l. 190/2012), da pubblicare unitariamente a quelli di prevenzione della corruzione, con l’indicazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni (art. 10, co.1, d.lgs. 33/2013) costituiscono contenuto essenziale del PTPCT.

In assenza, è configurabile la fattispecie della mancata adozione del PTPCT, per cui l’ANAC si riserva di irrogare le sanzioni pecuniarie ai sensi dell’art. 19, co. 5, del D.L. 90/2014.

L’Atto Aziendale dell’Asl Napoli 3 Sud approvato con D.C.A. n° 39 del 25 settembre 2017 pubblicato sul BURC n° 72 del 2 ottobre 2017, ha individuato la funzione di Responsabile della Trasparenza nell’incarico di direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico, già responsabile del Content Management del sito istituzionale, della Comunicazione Istituzionale, della Pubblica Tutela, dei rapporti con le Istituzioni e le associazioni di volontariato.

Nell’ASL Napoli 3 Sud, considerata la complessità dell’organizzazione è possibile che il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della corruzione siano dirigenti diversi.

E’ fondamentale al fine di programmare e integrare in modo più incisivo e sinergico la materia della trasparenza e dell’anticorruzione, ed in linea con la modifica apportata all’art. 1, co. 7, della Legge 190/2012 dall’art. 41, co. 1, lett. f) del d.lgs. 97/2016, stabilire che la regia complessiva della predisposizione del PTPCT, in costante coordinamento con le strutture Aziendali, come indicato nel PNA - Delibera 1064 del 13 novembre 2019, in caso di responsabili diversi, sia condotta dal Responsabile della Prevenzione della corruzione, con il supporto del Responsabile della Trasparenza (Direttore UOC Relazioni con il Pubblico) se persone diverse, per tutta la materia relativa alla Trasparenza (D.L.gs 33/2013 e s.m.i.).

Per il 2020 è individuato, e fino alla nomina del nuovo Responsabile della Prevenzione della corruzione, Responsabile unico della Prevenzione della corruzione il Responsabile della Trasparenza il direttore UOC Relazioni con il Pubblico anche se la stessa è dimissionaria dal 13 novembre 2019, con nota n. 159410.

1.2. La legge prevede un aggiornamento annuale, su base triennale del Piano su citato

L'aggiornamento del PTPCT dell'Asl Napoli 3 Sud, è stato redatto in coerenza con le disposizioni contenute nel D.L.gs 25 maggio 2016, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", della Legge n. 190/2012 e s.m.i., nel Piano Nazionale Anticorruzione, nel D.lgs. 33/2013 e s.m.i, nelle delibere e linee guida ed orientamenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il PTPCT tiene conto inoltre, delle attività svolte nel 2019 e nello specifico:

- a) Delle norme e dei provvedimenti dell'ANAC pubblicate;
- b) Del rapporto ANAC sulla corruzione in Italia 2016-2019
- c) Delle direttive impartite dal Direttore Generale pubblicate;
- d) Delle raccomandazioni prodotte dal Collegio Sindacale pubblicate;
- e) Delle relazioni dei referenti del Responsabile della Prevenzione della corruzione (direttori di Struttura Complessa e/o responsabili UUOSSDD) visibili sul sito istituzionale;
- f) Della Relazione annuale resa dal Responsabile della Prevenzione della corruzione pubblicata il 31 gennaio 2020 pubblicata;
- g) Dei risultati dei lavori effettuati dal Servizio Controlli Integrati Interni ed Esterni;
- h) Dei risultati dei questionari di valutazione dei corsi di formazione del personale;
- i) Delle relazioni e dei verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione insediato il 7 gennaio 2019 con Delibera n. 10/2019;
- j) Della valutazione delle segnalazioni anonime;
- k) Delle risultanze trasmesse dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- l) Della valutazione dei reclami pervenuti sulla gestione di processi organizzativi aziendali (Monitoraggio reclami 2019 pubblicati link UOC
- m) Della valutazione delle risultanze statistiche circa le cause per reati di corruzione, su base nazionale;
- n) Dei risultati e delle criticità del Piano della Performance/obiettivi 2019;
- o) Delle note sindacali;
- p) Dell'analisi delle rassegne stampa riferite all'ASL Napoli 3 sud;
- q) Dei rilievi della Corte dei Conti pubblicati;
- r) Delle attività dell'ANAC circa gli adempimenti sulla Trasparenza;
- s) Dell' Atto Aziendale;
- t) Della Delibera n° 135 del 11 febbraio 2019, di presa d'atto del DCA 99/18 (Piano di Sviluppo aziendale);
- u) Del Piano della Certificabilità del Bilancio;
- v) Del Piano dei Centri di Costo Atto n° 24075 del 12 febbraio 2019.

1.3. Il Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) 2020-21-22 è strutturato nello specifico:

ALLEGATO A - LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

ALLEGATO B: - LA TRASPARENZA

- B1 Obblighi di pubblicazione D.L.gs 33/2013 e s.m.i.”,
- B2 “Linee guida pubblicazione per struttura - Guida ai servizi”.

Gli obiettivi individuati nel PTPCT sono inseriti nel ciclo della performance 2019. Responsabile del procedimento è la U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance e, previa valutazione dell’O.I.V. devono diventare un importante strumento organizzativo di controllo interno al fine di prevenire reati di corruzione.

1.4. Il quadro normativo di riferimento ha visto il susseguirsi di una serie di provvedimenti in materia di Prevenzione della corruzione (L. 190/2012 e s.m.i., D.lgs. 39/2013, L. 98/2013), di Trasparenza (D.lgs. 33/2013 e s.m.i.) e di ciclo della Performance (D.lgs. 150/2009 come modificato dalle LL. n°135/2012 e n° 25/2013), La Legge 124/2015 recante “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, facendo sorgere l’esigenza di coordinamento delle diverse disposizioni.

1.5. In tal senso l’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha promosso l’attuazione di un ciclo integrato indirizzando le amministrazioni verso la definizione, all’interno del Piano della Performance, di obiettivi riguardanti la prevenzione della corruzione, la Trasparenza e l’Integrità.

1.6. Alla luce di queste indicazioni, il presente documento anche per quest’anno è stato elaborato con l’intento di rafforzare ulteriormente l’attuazione di un ciclo integrato, garantendo la coerenza fra gli ambiti comuni sviluppati nel Piano della Performance e nel PTPCT e rilevando comunque le difficoltà dell’applicazione considerando l’assenza sia del regolamento della performance sia di supporti informatici, al momento della scrittura del presente piano ci sono assicurazioni dalla direzione strategica in tal senso inerenti la materia.

1.7. La coerenza tra i documenti di programmazione 2020 avverrà con l’adozione del Piano della Performance 2020/ Piano Annuale delle Attività.

1.8. Sanzioni

La mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti, costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale (art.1, comma 8, L.190 del 2012); inoltre, ai sensi dell’art. 19, comma 5 del DL n° 90 del 2014 e dell’art. 47 de D.lgs33/2013 e s.m.i., la mancata pubblicazione del piano comporta una sanzione da € 1.000 a € 10.000.

1.9. L’A.N.A.C. con Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell’articolo 47 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato

dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97", ha disciplinato il processo organizzativo e gestionale del meccanismo sanzionatorio (aggiornato con il regolamento adottato il 16 ottobre 2019 pubblicato nella G.U Serie Generale n. 262 del 8 novembre 2019).

Art.2. Analisi del Contesto" Allegato 1 PNA 2019 Delibera 1064/2019"

La prima fase del processo di gestione del rischio è relativa all'analisi del contesto esterno ed interno. In questa fase, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno).

2.1 L'analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare, possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Si tratta di una fase preliminare indispensabile, se opportunamente realizzata, in quanto consente di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo anche, e non solo, tenendo conto delle caratteristiche del territorio e dell'ambiente in cui opera. In particolare, l'analisi del contesto esterno consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio o del settore specifico di intervento (ad esempio, cluster o comparto) nonché delle relazioni esistenti con gli stakeholder e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'amministrazione, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

In altri termini, la disamina delle principali dinamiche territoriali o settoriali e influenze o pressioni di interessi esterni cui l'amministrazione può essere sottoposta costituisce un passaggio essenziale nel valutare se, e in che misura, il contesto, territoriale o settoriale, di riferimento incida sul rischio corruttivo e conseguentemente nell'elaborare una strategia di gestione del rischio adeguata e puntuale.

Da un punto di vista operativo, l'analisi del contesto esterno è riconducibile sostanzialmente a due tipologie di attività: 1) l'acquisizione dei dati rilevanti; 2) l'interpretazione degli stessi ai fini della rilevazione del rischio corruttivo.

Con riferimento al primo aspetto, è opportuno che l'amministrazione utilizzi dati e informazioni sia di tipo "oggettivo" (economico, giudiziario, ecc.) che di tipo "soggettivo", relativi alla percezione del fenomeno corruttivo da parte degli stakeholder. Le informazioni possono essere ricavate da fonti diverse, esterne ed interne all'amministrazione e potrebbero confluire in banche dati digitali, comuni ed

interoperabili, a disposizione delle amministrazioni dello stesso territorio o settore d'intervento.

La seconda fase dell'interpretazione deve essere svolta dai singoli direttori di struttura complessa che dalle informazioni ricevute nell'analisi del contesto esterno, analizzano l'incidenza e l'influenza dello stesso sul processo organizzativo di competenza.

2.2. L'analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione. Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

E' visibile sul sito istituzionale link Amministrazione Trasparente – Prevenzione della corruzione – analisi del contesto esterno ed interno, secondo le indicazioni del PNA 2019 Delibera 1064 del 13 novembre 2019 che riportano tali dati.

Art. 3 Comportamento organizzativo

Il 2018 e il 2019 sono stati caratterizzati da un forte cambiamento organizzativo con una radicale riorganizzazione delle strutture aziendali così come programmato nell'Atto Aziendale DCA 39/2017. Inoltre nel mese di agosto 2019 è stata nominata la nuova Direzione Strategica.

Le maggiori criticità, a parere del responsabile della Prevenzione della corruzione, presenti nell'organizzazione aziendale sono di seguito evidenziate:

- Ancora non è stato avviato definitivamente il sistema dei Controlli così come programmato nell'Atto Aziendale dell'Asl Napoli 3 Sud; Infatti il responsabile della UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni è stato nominato con Delibera n. 43 del 16.01.2020.
- Alla fine del 2018 sono stati definiti i nuovi dipartimenti, ma ancora non è chiaro quali siano i rapporti tra i vari dipartimenti e le strutture ospedaliere e territoriali, d'altronde non sono stati costituiti i comitati dei dipartimenti (DCA 18/13);
- Gli incarichi delle direzioni dipartimentali sono provvisori e non sono ancora assegnati secondo le procedure previste nell'atto aziendale;
- Non è ancora attuata la rotazione dei responsabili UU.OO.SS. del Dipartimento di Prevenzione (eppure prevista già nel 2014 e con forti resistenze degli stessi sindacati).
- E' stata portata, a fatica, a conclusione la rotazione degli incarichi dei direttori delle UUOCC dei Servizi per le dipendenze e dei direttori dei Distretti sociosanitari;

- La riorganizzazione dei distretti sociosanitari non è ancora completa, e non sono stati assegnati i nuovi incarichi di struttura semplice, opportunità per applicare la rotazione degli incarichi dei dirigenti di struttura semplice territoriale, programmati da tempo;
- Ancora non è stata applicata la rotazione degli incarichi per i presidenti ed i componenti delle commissioni Mediche Invalidi Civili, nonostante il Nuovo Regolamento Organizzativo sia stato adottato dalla direzione strategica da due anni (regolamento per la costituzione e l'organizzazione delle commissioni mediche integrate per l'invalidità civile e legge 104/92 e legge 68/99 – Delibera del 9 marzo 2018 n. 233), Tutta la procedura dei bandi e dell'assegnazione con procedura di sorteggio è stata governata dalla UOC GRU, che ha concluso la procedura.
Attualmente è al Dirigente Responsabile della UOC Medicina Pubblica Valutativa assegnata la responsabilità della gestione dell'applicazione della rotazione, già programmata nei precedenti PTPCT.
- Problemi affidamenti incarichi, nella maggioranza degli affidamenti degli incarichi di direzione di struttura, il sistema è basato su incarichi di sostituzione (art.18 CC.NN.LL.1999/2001 area della dirigenza), tale contesto viene individuato dal Piano Nazionale della Prevenzione della Corruzione fattore di rischio, l'Approvazione dell'Atto aziendale da parte della struttura di programmazione della Regione Campania, consente un sistema di affidamento degli incarichi ispirato ai criteri di legalità, legittimità ed equità, e si spera in una stabilizzazione entro il triennio prossimo;
- Carenza nel sistema di valutazione della performance organizzativa, strutturale ed individuale (assenza di un atto di natura regolamentare che integri e coordini tutto il processo di valutazione della dirigenza e del comparto, non è presente una piattaforma di gestione dei flussi informativi anche ai fini della tracciabilità delle decisioni e delle informazioni necessarie a supporto delle stesse), nel biennio 2018/19 si è proceduto al monitoraggio della performance del comparto, appunto complicatissimo per l'assenza di un sistema informatico e soprattutto di una procedura regolamentare, da concordare con i sindacati;
- Inadeguatezza del sistema di valutazione della dirigenza alla conclusione del periodo contrattuale, con attesa per la dovuta valutazione del Collegio Tecnico da un minimo di un anno ad oltre 2 /3 anni, questo è tra le principali ostacoli al sistema di rotazione degli incarichi nelle aree a maggiore rischio. Ciò è dovuto anche alla provvisorietà degli incarichi ed al conferimento a suo tempo, in assenza della prevista e necessaria formalizzazione.
- Ancora insufficiente mappatura dei processi a rischio atta a consentire l'inserimento di idonee misure per la prevenzione della corruzione e per il miglioramento dell'organizzazione; la carente capacità di analisi, ci si augura che non si colleghi a possibili volontà “corruitive”, ma ad una forma di arrendevolezza e resistenza culturale nel gestire la cosa pubblica (più semplice lo status quo), è chiaro che i cambiamenti sono faticosi.

- L'analisi dei processi non può essere, anzi non deve essere gestita dal R.P.C., ma deve essere garantita e gestita dagli stessi direttori di UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD., ci si augura che la metodologia dell'ANAC adottata con Delibera 1064 del 13 novembre 2019 sarà di ulteriore aiuto ai singoli responsabili di struttura, anche se sono anni che il R.P.C. ha organizzato formazione specifica proprio sull'analisi dei processi.
- Assenza di atti di indirizzi unitari della Regione Campania e di affiancamento sulle importanti decisioni, ai fini dell'uniformità dei comportamenti sul territorio regionale, valutato che l'Asl Napoli 3 Sud è un ente strumentale della stessa Regione Campania:
 - Sul sistema di gestione di tutta la problematica Prevenzione della corruzione e Trasparenza nelle Aziende Sanitarie Locali;
 - Sul sistema performance e quindi anche sulla funzionalità degli organismi Indipendenti di Valutazione ed il rapporto degli stessi con la Regione.

Art. 4 Definizione di Corruzione

4.1. Il concetto di corruzione contenuto nel Piano Nazionale Anticorruzione ha un'accezione ampia.

a) Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

b) Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli art. 318, 319 e 319 ter Codice penale e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel titolo II, capo I del Codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione (maladministration) a causa dell'uso ai fini privati delle funzioni attribuite, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab esterno, sia che tale azione abbia successo, sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Art. 5 Strategia aziendale ai fini della Prevenzione della Corruzione

5.1. Il presente piano dell'A.S.L. Napoli 3 Sud recepisce dinamicamente contestualizzandole le direttive nazionali per l'elaborazione della propria strategia di Prevenzione della corruzione (Nuovo Piano Nazionale Anticorruzione anno 2019 del. N. 1064/2019).

5.2. L'A.S.L. Napoli 3 Sud pone in essere le azioni ed implementa le misure che si configurano come obbligatorie, in quanto disciplinate direttamente dalla legge, nonché sviluppa misure ulteriori di prevenzione anche in riferimento al proprio particolare contesto di riferimento che, si ricorda, è particolarmente complesso, non

solo dal punto di vista organizzativo, ma anche dal punto di vista socio-culturale (vedi analisi del contesto - sito web www.aslnapoli3sud.it , link Amministrazione Trasparente – Prevenzione della corruzione – analisi del contesto esterno ed interno).

5.3. Le misure di prevenzione sono tali se hanno un contenuto organizzativo. Con esse vengono adottati interventi che toccano l'amministrazione nel suo complesso (si pensi alla riorganizzazione del sistema dei controlli interni ed esterni); ovvero di singoli settori, oppure in singoli processi/procedimenti, tesi a ridurre le condizioni operative che favoriscono la corruzione nel senso ampio prima indicato.

5.4. Le misure da adottare, sono responsabilità riferite ai singoli direttori e/o responsabili di struttura, devono riguardare tanto l'imparzialità oggettiva (volte ad assicurare le condizioni organizzative che consentono scelte imparziali) quanto l'imparzialità soggettiva (per ridurre i casi di ascolto privilegiato di interessi particolari in conflitto con l'interesse generale).

5.5. È necessario che il personale comprenda che il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere percepito e concepito non come un adempimento a sé stante, ma come una strategia per la riorganizzazione dei servizi ai fini del miglioramento della performance. (Malagestio= Spreco di risorse).

5.6. Gli obiettivi stabiliti nel presente Piano sono previsti quali fattori di performance organizzativa, di struttura e del singolo. Gli obiettivi saranno assegnati entro il 31 marzo 2020 all'interno del documento di declinazione degli obiettivi assegnati nel Piano della Performance 2020.

Art. 6 Soggetti coinvolti nella Prevenzione della corruzione nella strategia della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

6.1. I soggetti che concorrono alla Prevenzione della corruzione all'interno dell'A.S.L. Napoli 3 Sud sono:

1. Il Direttore Generale Rappresentante legale dell'ASL Napoli 3 Sud quale organo di indirizzo dell'Azienda;
2. Il Direttore Amministrativo;
3. Il Direttore Sanitario;
4. Il Collegio Sindacale (organo aziendale);
5. Il Collegio di Direzione (organo aziendale)
6. I Sindaci;
7. La Regione Campania;
8. Il Ministero della Salute;
9. Il Ministero della Funzione Pubblica;
10. L'ANAC;
11. L'AGENAS;
12. I cittadini e le cittadine ed i Loro rappresentanti;
13. Il Responsabile della Prevenzione della corruzione;

14. Il Responsabile della Trasparenza e dell'Integrità (se diverso dal R.P.C.);
15. I referenti per la Prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza;
16. Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
17. L'Organismo Indipendente di Valutazione;
18. Tutti i dipendenti ed il personale convenzionato;
19. I MMG ed i PLS, Medici Specialisti Ambulatoriali;
20. Le Organizzazioni Sindacali.

Art. 7 Responsabile della Prevenzione della corruzione (di seguito R.P.C.)

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), è stata introdotta dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della citata normativa. Il ruolo di tale soggetto è stato poi rafforzato dal d.lgs. 97/2016 che ha attribuito allo stesso anche la funzione di Responsabile della trasparenza.

Nell'Asl Napoli 3 Sud per la complessità della stessa (vedasi Analisi del contesto Esterno ed Interno) è stato scelto che la funzione di Responsabile della Trasparenza è assegnata al direttore UOC Relazioni con il Pubblico competente per l'area della comunicazione istituzionale. Quindi l'incarico aggiuntivo di RPC potrebbe essere diverso da quello di responsabile della Trasparenza. Ancora per il 2020 anche se il RPC è dimissionario, si conferma l'incarico allo stesso direttore UOC Relazioni con il Pubblico. L'Asl Napoli 3 Sud si impegna ad individuare un dirigente dell'area Tecnica Amministrativa e Professionale che affiancherà il RPC nel 2020 per un passaggio di consegne e per condividere il know-how acquisito dalla dirigente, valutato che entro due anni la stessa andrà in quiescenza.

7.1. Il R.P.C. è nominato annualmente dal legale rappresentante dell'ASL Napoli 3 Sud, la designazione del R.P.C. deve essere comunicata all'ANAC.

7.1.1. Considerata la posizione di autonomia che deve essere assicurata al RPC e il ruolo di garanzia sull'effettività del sistema di prevenzione della corruzione, **non appare coerente con i requisiti di legge** la nomina di un **dirigente** che provenga direttamente **da uffici di diretta collaborazione** con l'organo di indirizzo laddove esista un **vincolo fiduciario**.

Il R.P.C. deve avere un'adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento della stessa, deve essere dotato di necessaria autonomia valutativa e non deve essere in posizione che presenti profili di conflitti di interessi e scelto di norma tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgono attività di gestione amministrazione attiva e quindi il R.P.C. non deve essere scelto tra i dirigenti designati a uffici che svolgono attività nei settori più esposti al rischio corruttivo. In ogni caso la scelta e la responsabilità della scelta è rimessa all'autonoma determinazione della Direzione Generale.

Nell'Asl Napoli 3 Sud l'incarico di R.P.C. non deve corrispondere all'incarico di Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari e/o componente OIV.

7.1.2. La Legge 190/2012 non fornisce specifiche indicazioni sui requisiti soggettivi necessari per essere nominati RPC. L'ANAC ha finora ritenuto che il RPC debba essere selezionato tra quei soggetti che abbiano dato dimostrazione nel tempo di comportamento integerrimo e non siano stati destinatari di provvedimenti giudiziali di condanna, né di provvedimenti disciplinari. All'uopo l'ANAC nella Delibera n. 650 del 17 luglio 2019, ha fornito indicazioni di carattere generale sull'incidenza delle sentenze di condanna, anche non definitive, per danno erariale sul requisito della condotta integerrima del R.P.C..

Il R.P.C. deve essere una figura in grado di garantire la stessa buona immagine e il decoro dell'amministrazione. Per questo è fondamentale che la scelta ricada su un soggetto che abbia dato nel tempo dimostrazione di un comportamento integerrimo. Ciò sia nell'interesse dell'amministrazione, sia nell'interesse e a tutela del prestigio dello stesso RPCT che potrà esercitare i propri compiti con maggior autorevolezza.

Si rimanda ai documenti ANAC citati per specifici approfondimenti.

7.2. Il responsabile della comunicazione della nomina di R.P.C. all'ANAC è il Direttore UOC Affari Istituzionali e segreterie.

7.3. L'Incarico di R.P.C. ai sensi del PNA Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019:

- a) E' individuato quale incarico aggiuntivo a quello già assegnato al dirigente;
- b) E' remunerato a seguito di valutazione positiva dell'attività e degli obiettivi raggiunti nell'anno precedente dall'OIV dell'ASL Napoli 3 Sud. La procedura segue la metodologia e gli strumenti del Piano della Performance;
- c) Resta in carico un anno ed a seguito di valutazione positiva da parte dell'O.I.V. l'incarico può essere rinnovato;
- d) Di norma, è un dirigente dell'area contrattuale tecnico-amministrativo-professionale con incarico formale di struttura complessa o di struttura semplice dipartimentale, con posizione di stabilità, per evitare che l'intraprendere iniziative penetranti nei confronti dell'Organizzazione possa compromettere anche solo potenzialmente la situazione di precarietà dell'incarico;
- e) Si accredita e aggiorna la Piattaforma A.N.A.C. per il monitoraggio dei Piani Triennali della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

7.4. L'ASL Napoli 3 Sud:

Al fine di garantire che il RPC ed il Responsabile della Trasparenza, se persona diversa possano svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, il legislatore, con le modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 alla L. 190 del 2012, ha previsto, come anticipato, che l'organo di indirizzo disponga «le eventuali modifiche

organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei» al R.P.C. ed al responsabile della Trasparenza.

Valutato che è necessario, secondo gli indirizzi ANAC prevedere una struttura di supporto alle attività del R.P.C., valutato che l’organizzazione aziendale prevede che sia la struttura complessa Relazioni con il Pubblico ad avere nelle linee di attività la funzione di Responsabile della Trasparenza, si individua che la struttura di supporto sia la UOC Relazioni con il Pubblico. È evidente che vanno garantite alla UOC Relazioni con il Pubblico supporti professionali tecnici.

E’ inoltre necessario evidenziare che le seguenti strutture svolgono un’attività di raccordo e supporto funzionale: UOC Controllo di Gestione, UOC VRU e Performance, UOC Sistema Integrati Controlli Interni ed Esterni.

Inoltre L’Asl Napoli 3 Sud:

- a) Assicura al R.P.C. lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento;
- b) Assicura adeguato supporto organizzativo mediante l’assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, così come previsto dalle norme;
- c) Comunica la nomina del R.P.C. all’ANAC;
- d) Riconosce al responsabile della Prevenzione della Corruzione un salario di risultato pari alla quota del salario di risultato riferito al ruolo di Direttore di UOC Area Contrattuale Tecnica Professionale Amministrativa (La quota prelevata dal fondo di risultato non maggiora la spesa) previa valutazione positiva a carico dell’OIV così come previsto anche nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (parte IV art. 4).

Art. 8 - I compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Sul ruolo e i poteri del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), si richiama la delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018), in cui sono state date indicazioni interpretative ed operative con particolare riferimento ai poteri di verifica, controllo e istruttori del RPC nel caso rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione.

In particolare, nella delibera citata sono state fatte considerazioni generali sui poteri di controllo e verifica del RPC sul rispetto delle misure di prevenzione della corruzione, mentre si è rinvia alla Delibera ANAC 833/2016 per i poteri conferiti al RPC per l'accertamento delle incompatibilità ed incompatibilità di incarichi e a successivi atti regolatori per i poteri istruttori in caso di segnalazioni di whistleblower.

I poteri di vigilanza e controllo del RPC sono stati delineati come funzionali al ruolo principale che il legislatore assegna al RPC che è quello di proporre e di predisporre adeguati strumenti interni all’amministrazione per contrastare l’insorgenza di fenomeni corruttivi (PTPC). Si è precisato che tali poteri si inseriscono e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo interno (in questa azienda la UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni) delle amministrazioni ed enti al fine di

ottimizzare, senza sovrapposizioni o duplicazioni, l'intero sistema di controlli previsti nelle amministrazioni anche al fine di contenere fenomeni di maladministration.

In tale quadro, si è escluso che al RPC spetti accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile, è evidente che chi ricopre incarichi direzionali nel sistema dei controlli non potrà avere assegnato l'incarico di Responsabile della Prevenzione della corruzione.

Sui poteri istruttori degli stessi RPC, e relativi limiti, in caso di segnalazioni di fatti di natura corruttiva si è valutata positivamente la possibilità che il RPC possa acquisire direttamente atti e documenti o svolgere audizioni di dipendenti nella misura in cui ciò consenta al RPC di avere una più chiara ricostruzione dei fatti oggetto della segnalazione; nell'Asl Napoli 3 Sud il RPC è supportato dalla UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni.

La scelta succitata è riferita al rischio evidenziato proprio nel provvedimento dell'ANAC, con riferimento al caso in cui il RPC sia anche titolare o componente di organi con funzioni di controllo, poiché occorre valutare attentamente le conseguenze e gli oneri che il cumulo di funzioni in capo al RPCT possono comportare.

Resta comunque fermo che i poteri che possono essere esercitati in qualità di organo di controllo interno devono essere ben distinti da quelli che vengono esercitati come RPC.

Per ulteriori approfondimenti si rinvia alla Delibera ANAC 840 del 2 ottobre 2018 e al PNA Delibera n.1064 del 13 novembre 2019. Gli atti sono visibili in Amministrazione Trasparente, link Prevenzione della corruzione.

I compiti del R.P.C. secondo la Legge e secondo il PNA 2019 Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 sono:

1. Elabora la proposta del Piano Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ogni anno entro il 31 gennaio, il PTPCT, nel caso siano persone diverse (R.P.C. diverso dal responsabile della Trasparenza) deve essere coordinato con il responsabile della Trasparenza, direttore UOC Relazioni con il Pubblico per la parte inerente gli obblighi della Trasparenza;
2. Elabora il piano di formazione con il supporto dell'UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane, su base annua da inserire nella pianificazione della Formazione;
3. Verifica l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché propone la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
4. Verifica, d'intesa con il direttore UOC gestione Risorse Umane l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

5. Attiva sistemi di monitoraggio per l'efficace attuazione del piano utilizzando anche supporti tecnici-informatici messi a disposizione dall'ASL Napoli 3 Sud ed è supportato dal sistema dei Controlli dell'Asl Napoli 3 Sud;
6. Ogni anno pubblica sul sito web dell'ASL Napoli 3 Sud, link "Prevenzione della corruzione" il modello ANAC, compilato, per la relazione recante i risultati raggiunti e le criticità riferite all'anno concluso;
7. Il R.P.C. nel caso riscontri fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare deve darne tempestiva informazione alla direzione generale, affinché possa avviare l'azione disciplinare;
8. Denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento di danni erariali, e fatti suscettibili di responsabilità amministrativa, anche con il supporto dell'UOC Affari Legali e UOC Controlli integrati Interni ed Esterni;
9. Presenta denuncia alla competente Procura della Repubblica nell'ipotesi si riscontri fatti che rappresentano notizie di reato dandone tempestiva informazione all'A.N.A.C. con il supporto delle strutture aziendali, e prioritariamente con la U.O.C. Affari Legali; si conferma anche per il 2020 che sarebbe opportuno che la UOC Affari Legali affianchi il R.P.C. individuando un referente.
10. Cura, anche attraverso le disposizioni del P.T.P.C.T. e di concerto con la UOC GRU, che nell'amministrazione siano rispettate le disposizioni del Decreto legislativo 08/04/2013 n° 39 ed ai sensi delle disposizioni dell'A.N.A.C. sulla inconfieribilità ed incompatibilità degli incarichi;
11. Contesta al soggetto interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfieribilità o incompatibilità di cui al decreto succitato;
12. Segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso decreto all'A.N.A.C. ed all'Autorità Garante della Concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20/07/2004 n° 215, nonché alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative, con il supporto della UOC Affari Legali;
13. Cura la diffusione e la conoscenza del Codice di comportamento (la cui riformulazione è obiettivo del 2020 in base alle Linee guida dell'ANAC) dell'ASL Napoli 3 Sud, adottato con delibera e pubblicato sul sito istituzionale nel link, Amministrazione Trasparente, a tal fine il Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari opera in accordo ed in supporto al R.P.C.

I compiti attribuiti al R.P.C. non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità riconducibili a situazioni eccezionali mantenendosi ferma nel delegante la responsabilità non solo in vigilando, ma anche in delegando;

L'attività del R.P.C. deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti individuati agli artt. 6 e 10 del presente Piano;

E' fondamentale ridurre al massimo l'isolamento del responsabile della Prevenzione della Corruzione nella formazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza da parte di tutta l'organizzazione aziendale,

anche per il 2020 non è stata garantita nessuna risorsa umana e professionale a supporto delle attività del Responsabile della Prevenzione della corruzione;

Anche per il 2020 sono stati chiesti contributi a tutta la rete degli stakeholder per il PTPCT. (LINK Amministrazione Trasparente/Prevenzione della corruzione/Attività RPC).

Art. 9 La Responsabilità Amministrativa e Disciplinare

9.1. L'imputazione della responsabilità per il verificarsi di fenomeni corruttivi in capo al R.P.C., non esclude che tutti i dipendenti delle strutture aziendali coinvolte nell'attività amministrativa mantengano, ciascuno, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

9.2. Al fine di realizzare la prevenzione, l'attività del R.P.C. deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione.

9.3. Il provvedimento di revoca dell'incarico amministrativo di vertice o dirigenziale conferito al soggetto, cui sono state affidate le funzioni del R.P.C., comunque motivato, è comunicato all'A.N.A.C. che, entro trenta giorni, può formulare una richiesta di riesame, qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal R.P.C. Nel caso in cui nei confronti del dirigente R.P.C. siano avviati i procedimenti disciplinari o penali si procede all'applicazione dell'obbligo di rotazione ed alla conseguente revoca dell'incarico.

9.4. A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previsti consistenti responsabilità in caso di inadempimento.

9.5. In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il R.P.C risponde ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 30 marzo 2001, n° 165 e s.m.i., nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale ed all'immagine dell'Asl Napoli 3 Sud, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- 1) Di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui all'art. 1 comma 5 della legge n° 190/2012 e s.m.i. e di aver osservato le prescrizioni di cui all'art. 1 commi 9,3, 10 della stessa legge;
- 2) Di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

9.6. La sanzione disciplinare a carico del R.P.C non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi. In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano, il R.P.C. risponde ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 201, n° 165, e successive modificazione, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare.

9.7. La mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti di cui all'art. 1.9 destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio della corruzione, da parte del R.P.C, costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale. La previsione di questa responsabilità rende necessaria la creazione di un collegamento tra l'adempimento normativamente richiesto e gli obiettivi individuati in sede di negoziazione dell'incarico dirigenziale e nello stesso inseriti. Parimenti tali obiettivi devono essere inseriti nel Piano della Performance in modo che siano oggetto di adeguata valutazione della performance individuale, per l'incarico aggiunto di R.P.C.

9.8. Casi di ripetute violazioni al Piano

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

Art. 10 I Referenti del responsabile della Prevenzione della Corruzione

10.1 Nell'ASL Napoli 3 Sud i referenti del R.P.C. sono:

- I Direttori di Dipartimento
- I Direttori di struttura Complessa;
- I Responsabili di struttura semplice dipartimentale;

10.2 La funzione di referente del R.P.C. è insita nell'assegnazione degli incarichi succitati ed inserita quale attività valutabile nel Piano della Performance 2020.

10.3 Il Direttore della Unità operativa complessa Gestione Risorse Umane inserisce la funzione di referente del responsabile della prevenzione della corruzione in tutti i contratti assegnatari degli incarichi ai soggetti citati nell'art. 10.1.

10.4 Compiti

I Direttori di Dipartimento, i Direttori dei Distretti Sociosanitari, i Direttori Medici di Presidio, i Direttori di struttura Complessa, i Responsabili di struttura semplice dipartimentale, in qualità di referenti del R.P.C.:

- Assicurano azione coordinata, attività di controllo di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità, dopo aver letto con attenzione il P.T.P.C.T.:

- Concorrono con il R.P.C. a sostenere le azioni di formazione, richiedendo a quest'ultimo l'inserimento di specifici obiettivi formativi per le attività di competenza particolarmente esposte al rischio di corruzione e partecipano obbligatoriamente ai percorsi di formazione organizzati dal R.P.C;
- Individuano le attività ed i processi organizzativi di competenza a più elevato rischio di corruzione;
- Vigilano nel rispetto di quanto stabilito nel Piano Triennale Prevenzione Corruzione e della Trasparenza vigente;
- Sono responsabili del processo di mappatura di tutti i processi organizzativi di competenza della struttura o dell'attività di cui sono responsabili secondo le metodologie del PNA 2019 - Delibera n. 1064/2019;
- Censiscono annualmente i procedimenti amministrativi di competenza, garantendo e monitorando il rispetto dei termini previsti dalla legge o da regolamenti, per la conclusione dei procedimenti stessi;
- Garantiscono il rispetto del monitoraggio e del controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti che con l'ASL stipulano contratti o che sono interessati a processi di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici;
- Individuano ulteriori obblighi di trasparenza in seno alla propria attività e li comunicano al R.P.C. ed anche al Responsabile della Trasparenza se persona diversa;
- Nell'attività di verifica dell'efficacia delle azioni previste nel PTPCT, propongono entro e non oltre il 30 novembre di ogni anno, la modifica e l'implementazione del P.T.P.C quando sono accertate violazioni delle prescrizioni, oppure avvengono significative modifiche dell'organizzazione;
- Propongono al R.P.C. piani per la rotazione del Personale negli uffici e nelle strutture preposte allo svolgimento di attività classificate nell'aree a più alto rischio di corruzione;
- Sono tenuti ad informare, coinvolgere, formare, responsabilizzare, motivare, tutti i collaboratori (dirigenti e dipendenti area di comparto) al fine di sostenere le attività previste nel PTPCT.
- Segnalano al R.P.C. al fine di assolvere al rispetto delle disposizioni del D.lgs. 39/2013;
- Garantiscono l'osservanza del codice di Comportamento dell'ASL Napoli 3 Sud vigente; garantiscono il monitoraggio annuale dei procedimenti disciplinari della propria struttura di concerto con il Direttore U.O.C. GRU ed il responsabile Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- Concorrono al rispetto dell'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 e D. Lgs. 33/2013 e s.m.i. circa la completa pubblicazione, da parte dell'Asl Napoli 3 Sud, delle informazioni previste nel presente piano e sono responsabili della pubblicazione dei contenuti di competenza;

La mancata o incompleta pubblicazione costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. n. 198/2009, e va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001;

Eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli obblighi di pubblicazione ai fini della trasparenza, sono sanzionati a carico dei responsabili dei servizi;

I ritardi o la mancata trasmissione dei dati ai fini della pubblicazione in Amministrazione Trasparente è valutata dall'O.I.V. ai fini della Performance organizzativa ed individuale.

10.5. È fondamentale la collaborazione tra direttori responsabili di struttura ed il responsabile Prevenzione della Corruzione ed il Responsabile della Trasparenza se persona diversa, al fine di consentire di individuare misure di contrasto alla corruzione concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo- gestionale, raggiungibili in tempi certi.

10.6. Nel 2020 sono pubblicate in “Amministrazione Trasparente/ Prevenzione della Corruzione/ Relazioni Referenti Responsabile Prevenzione della Corruzione” tutte le relazioni annuali dei singoli responsabili di struttura referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione. La pubblicazione è atto dovuto per permettere il controllo pubblico della capacità di analisi dei processi organizzativi da parte dei singoli responsabili di UUOACC e UUOSSDD.

10.7 E' pubblicato sul portale aziendale www.aslnapoli3sud.it . Prevenzione della corruzione – Relazioni dei referenti del R.P.C. un quadro sinottico dei contenuti delle relazioni annuali dei referenti del responsabile della Prevenzione della corruzione, con l'evidenziazione per alcune strutture dei processi organizzativi a rischio e degli interventi messi in campo o da mettere in campo per il 2020; il quadro evidenzia altresì, i referenti che non hanno trasmesso nessun contributo ma anche la carenza di capacità di analisi di altri che, benché abbiano trasmesso la relazione, purtuttavia l'abbiano percepita quale mero adempimento burocratico. Il rilevamento si ferma al 24 gennaio 2020. La scadenza di trasmissione era stata fissata al 10 gennaio 2020 con nota n. 172981 del 9 dicembre 2019.

Art. 11 Organismo di Valutazione

11.1 Con Delibera n° 10 del 7 gennaio 2019 è stato costituito il nuovo Organismo Indipendente di valutazione le cui attività sono:

- Esercitare le attività di controllo strategico di cui all'art.6, comma 1 del decreto legislativo n° 286 del 1999 e riferisce in proposito direttamente all'organo di indirizzo;
- Monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- Comunicare le criticità riscontrate alla direzione strategica, nonché alla Corte dei Conti, alla Funzione Pubblica ed all'ANAC;
- Validare la relazione sulla performance di cui all'art 10 del D.L.gs 150/09;
- Garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione anche in riferimento all'assegnazione del salario di risultato;

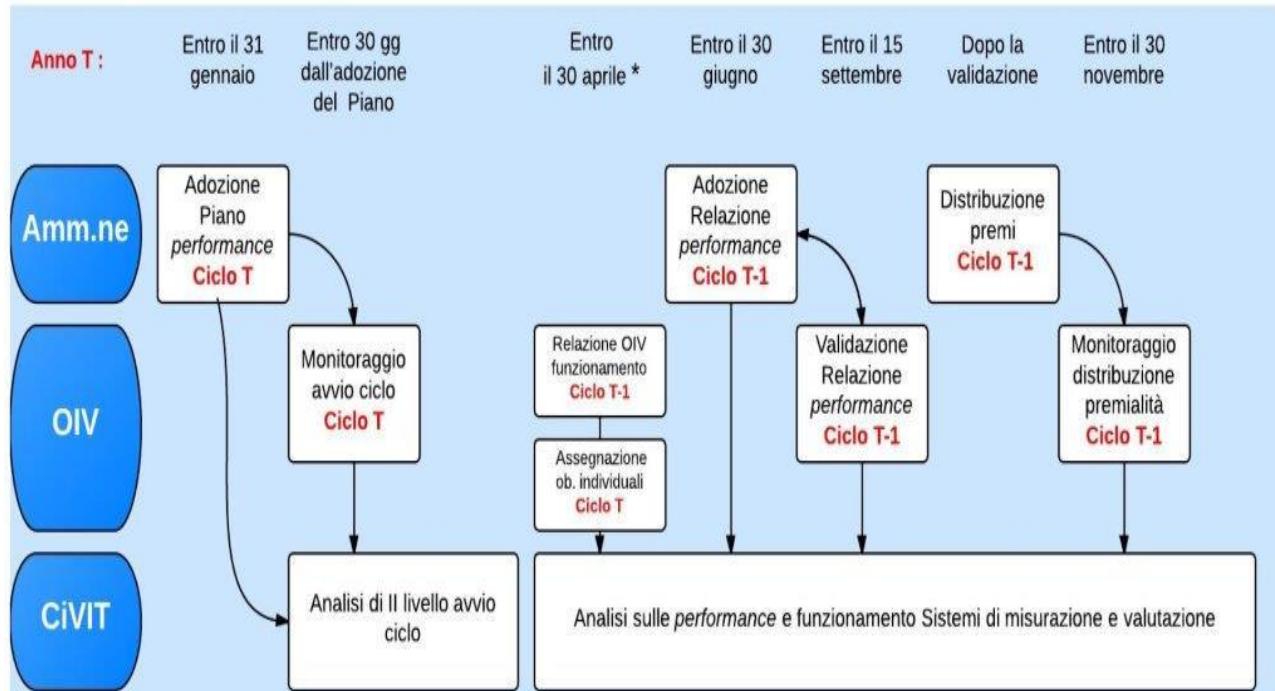
- Promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza di cui al D.Lgs. n° 33/2013 e s.m.i.;
- Partecipare al processo di individuazione dei rischi di corruzione anche per l'elaborazione del P.T.P.C.T.;
- Analizzare i rischi di corruzione o di cattiva gestione nella gestione delle attività proprie;
- Verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza ove stabiliti ; -verifica i contenuti della relazione sui risultati dell'attività svolta dal responsabile in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

A tal fine l'OIV può chiedere al responsabile, le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizione di dipendenti; - riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

La Regione Campania anche per il 2019 non ha emanato atti di indirizzo uniformi per coordinare le attività dei singoli O.I.V. delle Aziende Sanitarie Regionali, con l'organismo indipendente di valutazione individuato dal regolamento regionale n° 12 del 2013 (art. 4 comma 4).

È evidenziato qui di seguito il quadro sinottico delle fasi di monitoraggio dell'O.I.V. riferito alla Performance, pubblicato sul sito del Ministero della Funzione Pubblica.

Figura 1: Il monitoraggio dell'OIV



Art. 12 L’Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)

12.1. L’Ufficio Procedimenti Disciplinari nell’ASL Napoli 3 Sud, è una funzione della UOC Gestione Risorse Umane.

12.2. Il dirigente responsabile dell’ufficio procedimenti disciplinari, è di supporto al direttore U.O.C. GRU:

- a) Svolge coordinandoli i procedimenti disciplinari nell’ambito della propria competenza;
- b) Provvede alla Comunicazione obbligatoria nei confronti dell’autorità giudiziaria;
- c) Propone l’aggiornamento del Codice di Comportamento;
- d) Propone l’aggiornamento del Codice Disciplinare;
- e) Comunica al responsabile della Prevenzione della Corruzione i dati richiesti dall’ANAC ai fini della redazione della relazione annuale del responsabile della prevenzione della Corruzione;
- f) L’Asl Napoli 3 Sud con delibera n° 539 dell’8 febbraio 2018 ha adottato il nuovo Codice di disciplina, ed è stato notificato a tutta la rete degli stakeholder.

Art. 13 Coinvolgimento dei dipendenti e Sistema Informativo

13.1. A sostegno delle azioni del presente P.T.P.C.T., è prevista la pubblicazione sul sito istituzionale, link Prevenzione della Corruzione, di idonea modulistica per la segnalazione, di tutte le informazioni previste e necessarie per la garanzia del flusso di informazioni costanti tra i referenti del R.P.C. con lo stesso, solo a mero titolo esemplificativo:

1. Mappatura processi organizzativi;
2. Censimento procedimenti amministrativi;
3. Segnalazione di attività a rischio Corruzione;
4. Relazione a carico referenti P.C. annuale;
5. Whistleblower.

Art. 14 Azioni per l’individuazione di Aree a rischio di Corruzione

14.1. L’individuazione delle aree di rischio, ha la finalità di consentire l’emersione dei processi organizzativi (sanitari e non) nell’ambito dell’attività dell’intera Azienda che debbono essere presidiate, ed in via prioritaria, più di altre, mediante l’implementazione di misure di prevenzione.

14.2. L’Autorità Nazionale Anticorruzione ANAC con Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 ha uniformato tutte le linee di indirizzo adottate in precedenza

promuovendo una metodologia che l’Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud adotta come propria e che viene eslicitata qui di seguito.

14.2.1. 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.

Nell’analisi dei processi organizzativi è necessario tener conto anche delle attività che l’Asl ha esternalizzato ad altri soggetti pubblici, privati o misti, in quanto il rischio di corruzione potrebbe annidarsi anche in questi processi. Si fa riferimento, in particolare, alle attività di pubblico interesse, che possono consistere:

- a) nello svolgimento di vere e proprie funzioni pubbliche;
- b) nell’erogazione, a favore dell’amministrazione affidante, di attività strumentali;
- c) nell’erogazione, a favore delle collettività di cittadini, dei servizi pubblici nella duplice accezione, di derivazione comunitaria, di “servizi di interesse generale” e di “servizi di interesse economico generale”.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell’amministrazione e comprende l’insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell’identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi. L’effettivo svolgimento della mappatura deve risultare, in forma chiara e comprensibile, nel PTPCT.

Una mappatura dei processi adeguata consente all’organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l’efficienza allocativa e finanziaria, l’efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo. È, inoltre, indispensabile che la mappatura del rischio sia integrata con i sistemi di gestione spesso già presenti nelle organizzazioni (controllo di gestione, sistema di auditing e sistemi di gestione per la qualità, sistemi di performance management), secondo il principio guida della “integrazione”, in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale.

Ad esempio, laddove una mappatura dei processi sia stata già realizzata anche per altre finalità (es. revisione organizzativa per processi o sistema di performance management), si suggerisce di considerarla come un punto di partenza, in modo da evitare duplicazioni e favorire sinergie, finalizzandola alla gestione del rischio di corruzione. Nel 2019 il Controllo di Gestione, infatti, ha avviato l’analisi organizzativa per tutta la azienda sanitaria. Il direttore della UOC Controllo di

Gestione ha confermato la conclusione di questo rilevamento entro il mese di febbraio 2020. Sarà necessario confrontarsi tra i risultati dell’analisi organizzativa precipitata e la capacità dei singoli responsabili di struttura di analizzare i processi organizzativi di competenza dal punto di vista della prevenzione della corruzione o meglio ancora di prevenzione della malagestio.

Un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all’amministrazione (utente).

Si tratta di un concetto organizzativo che -ai fini dell’analisi del rischio- ha il vantaggio di essere più flessibile, gestibile, completo e concreto nella descrizione delle attività rispetto al procedimento amministrativo. In particolare, il processo è un concetto organizzativo:

- più flessibile, in quanto il livello di dettaglio dell’oggetto di analisi non è definito in maniera esogena (dalla normativa) ma è frutto di una scelta di chi imposta il sistema. Si può quindi definire l’analiticità della mappatura di un processo a seconda dello scopo, delle risorse e delle competenze di cui l’organizzazione dispone. A titolo esemplificativo, un processo relativo al rilascio di determinate autorizzazioni potrebbe essere definito in maniera più sintetica (attività 1: ricezione domanda; attività 2: verifica dei requisiti; attività 3: rilascio della autorizzazione) oppure in maniera più analitica (invece di definire un’unica attività di ricezione della domanda, si potrebbero individuare attività più dettagliate quali la verifica della completezza e delle firme del modulo di richiesta, la protocollazione, il rilascio di ricevuta all’utente richiedente, ecc.);
- più gestibile, in quanto può favorire la riduzione della numerosità degli oggetti di analisi, aggregando più procedimenti in un unico processo. Questo aspetto rappresenta un notevole vantaggio soprattutto per l’Asl Napoli 3 Sud che deve gestire una elevata quantità di procedimenti amministrativi. Se, ad esempio si rilevassero alcune centinaia di procedimenti amministrativi potrebbe aggregarli in qualche decina di processi organizzativi. Poiché ogni elemento rilevato in questa fase andrebbe poi scomposto e analizzato nelle fasi successive in termini di rischiosità, il vantaggio di analizzare entità nell’ordine delle decine rispetto alle centinaia appare evidente. Questa modalità non intende inibire la possibilità che si conduca un’analisi di maggiore dettaglio, ma suggerisce di effettuare una scelta consapevole che tenga conto della reale utilità e della sostenibilità organizzativa delle scelte effettuate (fondamentale è il ruolo dei dipartimenti), ad esempio la semplificazione e la dematerializzazione dei flussi documentali permetterebbe la tracciabilità e la trasparenza e soprattutto il sistema diventerebbe più economico.
- più completo, in quanto se, da un lato, non tutta l’attività amministrativa è proceduralizzata, dall’altro, i processi possono abbracciare tutta l’attività svolta dall’amministrazione;

- più concreto, in quanto descrive il “chi”, il “come” e il “quando” dell’effettivo svolgimento dell’attività e non “come dovrebbe essere fatta per norma”.

Nell’ottica della ricerca di sinergie, un’eventuale rilevazione dei procedimenti amministrativi già svolta potrebbe rappresentare un punto di partenza per l’identificazione dei processi organizzativi, secondo le indicazioni metodologiche.

L’identificazione dei processi è il primo passo da realizzare per uno svolgimento corretto della mappatura dei processi e consiste nello stabilire l’unità di analisi (il processo) e nell’identificazione dell’elenco completo dei processi svolti dall’organizzazione che, nelle fasi successive, dovranno essere accuratamente esaminati e descritti. In altre parole, in questa fase l’obiettivo è quello di definire la lista dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase.

È opportuno ribadire che i processi individuati dovranno fare riferimento a tutta l’attività svolta dall’organizzazione e non solo a quei processi che sono ritenuti (per ragioni varie, non suffragate da una analisi strutturata) a rischio.

14.2.2. Schema 1 - L’elenco dei processi

Il risultato atteso della prima fase della mappatura dei processi è l’identificazione dell’Elenco completo dei processi dell’amministrazione. Per fare ciò, è necessario partire dalla rilevazione e classificazione di tutte le attività interne. Per identificare i processi sarà quindi opportuno partire dall’analisi della documentazione esistente dell’organizzazione (organigramma, funzionigramma, job description relative alle posizioni coinvolte nei processi, regolamenti, ecc.) al fine di effettuare una prima catalogazione, in macro-aggregati, dell’attività svolta. È consigliato, inoltre, effettuare delle analisi di benchmark relative a modelli di processi tipici di organizzazioni aventi analoghe finalità. Si rammenta che l’analisi di benchmark consiste in un confronto sistematico di situazioni analoghe da cui poter trarre spunti utili, non già nel “copia-incolla”. Ogni elemento ritenuto utile alla propria analisi necessita, sempre, di una contestualizzazione rispetto alle caratteristiche specifiche della propria organizzazione.

Altro elemento utile, ai fini della identificazione della lista dei processi, è il catalogo dei procedimenti amministrativi (se rilevati). A seconda del livello di analisi desiderato (ampiezza della definizione di processo utilizzata) si potrà procedere eventualmente attraverso opportuni raggruppamenti di procedimenti omogenei in processi (nel caso in cui più procedimenti siano finalizzati alla realizzazione di un medesimo risultato). Come già ribadito, tuttavia, si rammenta che la lista dei procedimenti non è esaustiva di tutta l’attività svolta dall’amministrazione, poiché non tutta l’attività è riconducibile ai procedimenti amministrativi.

L’elenco potrà essere aggregato nelle cosiddette “aree di rischio”, intese come raggruppamenti omogenei di processi. Le aree di rischio possono essere distinte in generali e specifiche. Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche

riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte.

14.2.3. **Tabella 1- Aree di rischio e processi**

Area di rischio 1	Processo 1
	Processo 2
	Processo n.
Area di rischio 2	Processo 1
	Processo 1
	Processo n.

Dopo aver identificato i processi, come evidenziato nella fase 1, è opportuno comprenderne le **modalità di svolgimento** attraverso la loro descrizione (fase 2). Ai fini dell’attività di prevenzione della corruzione, la descrizione del processo è una fase particolarmente rilevante, in quanto consente di identificare più agevolmente le criticità del processo in funzione delle sue modalità di svolgimento al fine di inserire dei correttivi.

Il risultato di questa fase è, dunque, una descrizione dettagliata del processo.

Ferma restando l’utilità di pervenire gradualmente ad una descrizione analitica dei processi dell’amministrazione nei termini indicati nello schema 2, appare opportuno precisare che tale risultato può essere raggiunto in maniera progressiva nei diversi cicli annuali di gestione del rischio corruttivo, tenendo conto delle risorse e delle competenze effettivamente disponibili.

La gradualità di approfondimento, per tenere conto delle esigenze delle amministrazioni di piccole dimensioni o caratterizzate da criticità organizzative (scarse risorse e/o competenze), può riguardare:

- a. gli elementi funzionali alla descrizione dei processi (illustrati nel successivo schema 2);
- b. gli ambiti di attività (aree di rischio) da destinare all’approfondimento.

Con riferimento al primo punto (a), le amministrazioni possono procedere gradualmente ad inserire elementi descrittivi del processo. Si ritiene prioritario partire almeno dai seguenti elementi di base:

- breve descrizione del processo (che cos’è e che finalità ha);
- attività che scandiscono e compongono il processo;

- responsabilità complessiva del processo e soggetti che svolgono le attività del processo.

14.2.4. Schema 2 – Gli elementi utili per la descrizione dei processi

Nel testo si riportano gli elementi utili per la descrizione dei processi. In una logica di miglioramento continuo è auspicabile che le UUOOCC e UUOOSSDD arricchiscano progressivamente la descrizione dei processi. Per descrivere in maniera efficace ed esaustiva i singoli processi si consiglia di rappresentare i seguenti elementi: o elementi in ingresso che innescano il processo – “input”; o risultato atteso del processo – “output”;

- sequenza di attività che consente di raggiungere l’output – le “attività”; o responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- tempi di svolgimento del processo e delle sue attività (nei casi in cui i tempi di svolgimento sono certi e/o conosciuti, anche in base a previsioni legislative o regolamentari);
- vincoli del processo (rappresentati dalle condizioni da rispettare nello svolgimento del processo in base a previsioni legislative o regolamentari);
- risorse del processo (con riferimento alle risorse finanziarie e umane necessarie per garantire il corretto funzionamento del processo (laddove le stesse siano agevolmente ed oggettivamente allocabili al processo);
- interrelazioni tra i processi; o criticità del processo.

Si rammenta che le modalità di svolgimento di un medesimo processo in differenti UUOO, anche laddove particolarmente vincolato da norme, possono differire in maniera significativa in quanto si tratta, sostanzialmente, di prassi operative, sedimentate nel tempo, realizzate da soggetti diversi. Appare evidente che ciò può incidere, in maniera altrettanto significativa, sugli eventi rischiosi che possono verificarsi durante lo svolgimento degli stessi processi. A titolo meramente esemplificativo, si pensi ad un processo relativo ad autorizzazioni, svolto da due UUOO simili. Nel rispetto delle norme che ne regolano le fasi (es. ricezione dell’istanza, istruttoria, e provvedimento finale), le modalità operative attraverso cui la UO riceve l’istanza e svolge l’istruttoria, possono differire. Ciò, oltre a comportare criticità organizzative di diversa natura, può incidere in maniera rilevante sulle tipologie di eventi rischiosi che possono verificarsi durante lo svolgimento delle stesse attività (riprendendo l’esempio precedente, la consegna a mano non garantisce la stessa trasparenza e certezza sull’integrità della documentazione e i tempi di consegna di una ricezione via pec o altro sistema informatico).

Tramite il richiamato approfondimento graduale, sarà possibile aggiungere, nelle annualità successive, ulteriori elementi di descrizione (es. input, output, ecc.), fino a raggiungere la completezza della descrizione del processo.

Si rammenta che tali elementi possono servire anche per altre finalità per le quali la mappatura dei processi può essere realizzata (es. controllo di gestione, ripartizione dei carichi di lavoro, ecc.). Pertanto, essa può rappresentare un utile strumento di gestione, in un’ottica di semplificazione, di integrazione e coordinamento con gli altri strumenti gestionali dell’ente.

Per quanto riguarda il secondo punto (b), le amministrazioni possono programmare nel tempo la descrizione dei processi, specificando le priorità di approfondimento delle aree di rischio, ed esplicitandone chiaramente le motivazioni. In

altre parole, l'amministrazione può realizzare, nel tempo, la descrizione completa, partendo da quei processi che afferiscono ad aree di rischio ritenute maggiormente sensibili, motivando nel Piano tali decisioni e specificando i tempi di realizzazione della stessa. La decisione sulle priorità da assegnare alle aree di rischio dovrebbe essere presa in considerazione degli elementi riportati nello schema 3.

14.2.5. Schema 3– Gli elementi utili alla definizione delle priorità tra le aree di rischio

- Risultanze dell'analisi del contesto esterno (se, ad esempio, dall'analisi è emerso un problema relativo all'ambiente o alla gestione dei rifiuti, dovranno avere priorità nell'approfondimento le aree di rischio attinenti a tali tematiche quali Area gestione rifiuti, Provvedimenti privi di effetto economico, ecc.);
- Precedenti giudiziari o “eventi sentinella” relativi a particolari episodi attinenti a specifici ambiti di interesse dell'amministrazione;
- Analisi del contesto interno (ad esempio stante la dislocazione territoriale degli uffici dell'amministrazione, le funzioni gestite a livello decentralizzato comportano un minor controllo in talune attività).

Per quei processi per i quali l'attività di descrizione è, temporaneamente, rimandata all'annualità successiva, si dovrà comunque procedere alle fasi successive del processo di gestione del rischio e in particolare alla valutazione e al trattamento.

14.2.6. Rappresentazione

L'ultima fase della mappatura dei processi (fase 3) concerne la rappresentazione degli elementi descrittivi del processo illustrati nella precedente fase.

Esistono varie modalità e approcci per rappresentare il processo, tra cui la rappresentazione grafica attraverso l'utilizzo di diagrammi di flusso e la rappresentazione sotto forma tabellare. Quest'ultima è la forma più semplice e immediata (v. Tab. 2).

Gli elementi da includere nella rappresentazione dei processi possono essere più o meno numerosi a seconda del livello di analiticità con cui è stata svolta la fase di descrizione. In ogni caso, in una logica di semplificazione, si suggerisce di includere solo gli elementi strettamente funzionali allo svolgimento delle fasi successive del processo di gestione del rischio (valutazione e trattamento). La Tabella. 2 esemplifica una rappresentazione sintetica contenente gli elementi essenziali.

Tabella 2- Esempio di rappresentazione tabellare sintetica

Processo	Attività	Responsabilità
Processo A	Attività 1	Unità organizzative 1 e 2
	Attività n	Unità organizzativa n

	Attività 1	Unità organizzativa 4
	Attività n	Unità organizzative 1 e 3
Processo N	Attività 1	Unità organizzativa 1
	Attività 2	Unità organizzativa 2
	Attività 3	Unità organizzative 2 e 4
	Attività n	Unità organizzativa n
	Attività 1	Unità organizzativa 1, 2 e 5
	Attività 2	Unità organizzativa 4

14.2.7. Modalità di realizzazione della mappatura dei processi

La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione.

Per la mappatura è fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali. Può essere utile prevedere, specie in caso di complessità organizzativa, la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato e interviste agli addetti ai processi onde individuare gli elementi peculiari e i principali flussi. In particolare, si ribadisce che, soprattutto in questa fase, il R.P.C., che coordina la mappatura dei processi dell'intera amministrazione, deve poter disporre delle risorse necessarie e della collaborazione dell'intera struttura organizzativa. In particolare i dirigenti, ai sensi dell'art. 16 co. 1-bis, del 165/2001, lettera l-ter), forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo e tutti i dipendenti, ai sensi dell'art. 8 del d.P.R. 62/2013, prestano collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione. La mancata collaborazione può altresì essere considerata dal R.P.C. in fase di valutazione del rischio, in quanto eventuali resistenze a fornire il supporto richiesto potrebbe nascondere situazioni di criticità. **È costituito a tal fine un gruppo di lavoro coordinato dal responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza composto dal dirigente responsabile della UOC Controllo di Gestione e dal dirigente responsabile della UOC Controlli Integrati Interni ed Esteri, il dirigente responsabile della UOC Risk Management. Il supporto informatico è garantito dalla UOC Sistemi Informativi ed ITC.**

Il gruppo di lavoro così costituito sarà convocato entro il 15 febbraio 2020 dal R.P.C.T.

Si consiglia, infine, di programmare adeguatamente l'attività di rilevazione dei processi individuando nel PTPCT tempi e responsabilità relative alla loro “mappatura”, in maniera tale da rendere possibile, con gradualità e tenendo conto delle risorse disponibili, il passaggio da soluzioni semplificate (es. elenco dei processi con descrizione solo parziale) a soluzioni più evolute (descrizione più analitica ed estesa). A tal fine, laddove possibile, si suggerisce di avvalersi di strumenti e soluzioni informatiche idonee a facilitare la rilevazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni necessarie, sfruttando ogni possibile sinergia con altre iniziative che richiedono interventi simili (controllo di gestione, certificazione di qualità, analisi dei carichi di lavoro, sistema di performance management, ecc.).

14.3. Elenco delle principali aree di rischio previsto nel PNA 2019 Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019.

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture);
- Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale);
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso;
- Attività libero professionale;
- Formazione del personale;
- Liste di attesa;
- Rapporti con soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- Audit Hospice.

14.4. Valutazione del rischio

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

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- l'identificazione;
- l'analisi;

➤ la ponderazione.

14.4.1. L'identificazione del rischio

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

Ai fini dell'identificazione dei rischi è necessario:

- a) definire l'oggetto di analisi;
- b) utilizzare opportune tecniche di identificazione e una pluralità di fonti informative;
- c) individuare i rischi associabili all'oggetto di analisi e formalizzarli nel PTPCT.

14.4.2. Definizione dell'oggetto di analisi

Per una corretta identificazione dei rischi è necessario definire, in via preliminare, l'oggetto di analisi, ossia l'unità di riferimento rispetto al quale individuare gli eventi rischiosi.

Tenendo conto della dimensione organizzativa dell'amministrazione, delle conoscenze e delle risorse disponibili, l'oggetto di analisi può essere definito con livelli di analiticità e, dunque, di qualità progressivamente crescenti. Oggetto di analisi può essere, infatti, l'intero processo o le singole attività di cui si compone il processo.

14.4.3. Selezione delle tecniche e delle fonti informative e Individuazione e formalizzazione dei rischi

Per procedere all'identificazione degli eventi rischiosi è opportuno che ogni amministrazione utilizzi una pluralità di tecniche e prenda in considerazione il più ampio numero possibile di fonti informative.

Gli eventi rischiosi individuati utilizzando le fonti informative disponibili devono essere formalizzati e documentati nel PTPCT.

La formalizzazione potrà avvenire tramite la predisposizione di un registro dei rischi (o catalogo dei rischi) dove per ogni oggetto di analisi (processo o attività) si riporta la descrizione degli eventi rischiosi che sono stati individuati.

14.4.4. Il registro dei rischi

L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un “Registro degli eventi rischiosi”, nel quale sono riportati gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione. Per ogni processo deve essere individuato almeno un evento rischioso. A seconda del livello di analiticità della mappatura dei processi si avranno strutture del Registro degli eventi rischiosi più o meno analitiche, fino a far corrispondere gli eventi rischiosi alle singole fasi/attività del processo.

Nella costruzione di tale Registro è importante fare in modo che gli eventi rischiosi siano adeguatamente descritti, siano specifici del processo nel quale sono stati rilevati e non generici. Il coordinamento delle attività relative all'aggiornamento del registro è a cura del R.P.C. con il supporto del personale della UOC Relazioni con

il Pubblico. È indispensabile che i responsabili della rete delle strutture garantiscano impegno costante per alimentare i contenuti del registro e quindi l'analisi dei fattori di rischio di malagestio dei processi organizzativi di cui sono responsabili.

14.4.5. L'analisi del rischio e l'analisi dei fattori abilitanti

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

14.4.6. Stima del livello di esposizione al rischio

Definire il livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi è importante per individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT.

Le azioni necessarie per l'analisi dell'esposizione al rischio



Esempio di schema di valutazione del livello di esposizione al rischio

Processo/attività/fase o evento rischioso	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore n	Giudizio sintetico	Dati, evidenze e motivazione della misurazione applicata

14.4.7. Ponderazione del rischio

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

In altre parole, la fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire:

- le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

14.4.8. Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, le amministrazioni non devono limitarsi a proporre delle misure astratte o generali, ma devono progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuale e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili.

La fase di individuazione delle misure deve quindi essere impostata avendo cura di contemperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non attuabili.

14.4.9. Individuazione delle misure

La prima e delicata fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione, in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi.

L'obiettivo di questa prima fase del trattamento è quella di individuare, per quei rischi (e attività del processo cui si riferiscono) ritenuti prioritari, l'elenco delle possibili misure di prevenzione della corruzione collegate a tali rischi.

14.4.10. Tipologie di misure generali e specifiche

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

14.4.11. Requisiti delle misure

- Presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici pre-esistenti sul rischio individuato e sul quale si intende adottare misure di prevenzione della corruzione.
- Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio. L'identificazione della misura di prevenzione deve essere considerata come una conseguenza logica dell'adeguata comprensione dei fattori abilitanti l'evento rischioso.

- Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte delle amministrazioni.
- Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. L'identificazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione.
- Gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo. Nel definire le misure da implementare occorrerà tener presente che maggiore è il livello di esposizione dell'attività al rischio corruttivo non presidiato dalle misure già esistenti, più analitiche e robuste dovranno essere le nuove misure.

14.4.12. Elementi descrittivi delle misure

- Fasi (e/o modalità) di attuazione della misura.
- Tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi.
- Responsabilità connesse all'attuazione della misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola).
- Indicatori di monitoraggio e valori attesi, al fine di poter agire tempestivamente su una o più delle variabili sopra elencate definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure.

14.4.13. Schema di programmazione delle misure

MISURA x	Descrizione misura			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio	Target
Fase 1	Entro il ___/___/___	Ufficio x	Es. nr. ___/___	Es. nr. ___/___
Fase n	Entro il ___/___/___	Ufficio y	Es. nr. di ___	Es. nr. di ___

14.5. Monitoraggio e riesame

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

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

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

È opportuno che l'attività di monitoraggio sia adeguatamente pianificata e documentata in un piano di monitoraggio annuale che dovrà indicare:

- i processi/attività oggetto del monitoraggio;
- le periodicità delle verifiche;
- le modalità di svolgimento della verifica.

Il RPC dovrà svolgere degli audit specifici, con verifiche sul campo che consentono il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello.

Il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. In tal senso, il riesame del Sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Il riesame periodico è coordinato dal RPC ma dovrebbe essere realizzato con il contributo metodologico dell'OIV e/o delle strutture di vigilanza e audit interno.

La comunicazione implica un flusso informativo costante ad ogni livello dell'organizzazione e, quindi, una maggiore condivisione. Al contempo, la maggiore condivisione contribuisce a migliorare la conoscenza e la consapevolezza dei singoli all'interno dell'organizzazione, generando un circuito positivo di interazione finalizzata al miglioramento.



14.6 È necessario evidenziare che nell'Asl Napoli 3 Sud è sempre stato previsto nei PPCT che le strutture svolgessero una analisi dei rischi sui processi organizzativi di competenza.

Emerge ancora per il 2019 (anche se l'analisi dei processi organizzativi è stato argomento di corso di formazione per i responsabili delle strutture complesse), un generalizzato livello di inadeguatezza e di superficialità delle azioni di analisi dei processi organizzativi per il contrasto e la gestione del rischio corruzione a carico dei responsabili di Dipartimento, UUOOCC e UUOSSDD, in qualità di referenti del responsabile della Prevenzione della corruzione.

L'inadeguatezza diventa grave quando la superficialità è a carico delle UUOOCC che operano in area "a rischio" individuate non solo dal Piano nazionale Anticorruzione, ma anche dalla Magistratura contabile e dall'A.G.

14.7. La gestione del rischio di corruzione e/o di Malagestio Deve essere realizzata per l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza. Non è una formalità, è parte integrante del processo decisionale. Non può essere un'attività ricognitiva, ma è essa stessa strumento di miglioramento dell'organizzazione a tutti i livelli, permettendo non solo azioni di prevenzione della Corruzione, ma anche azioni di semplificazione, dematerializzazione, di spending review e sicuramente di Trasparenza, essi stessi strumenti per la certificabilità del bilancio;

- Bisogna assicurare l'integrazione con il Piano delle performance per sostenere organizzativamente la strategia aziendale di Prevenzione della corruzione;
- Implica inoltre precise assunzioni di responsabilità e si basa infatti sulla competenza e sulla capacità dei singoli responsabili di struttura, di fare scelte in merito alle più efficaci misure di contrasto al rischio di corruzione;
- Entro il 30 giugno 2020, per dare maggiore forza ed evidenza alle specifiche azioni di intervento per contrastare la “Malagestio” è stato previsto un nuovo percorso del P.T.P.C.T., infatti saranno adottati specifici atti che evidenzieranno le azioni per singola area o processo organizzativo ritenuto a rischio. Le delibere saranno predisposte a cura del singolo Direttore di UOC responsabile del coordinamento del processo con preventiva valutazione del Responsabile della Prevenzione della corruzione.

Lo slittamento della data di adozione dei singoli Piani di P.C. per aree è stato deciso di concerto con la Direzione Generale valutato anche che il PNA 2019 è stato adottato con Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019.

Nell'attesa degli approfondimenti da svolgere nel primo semestre 2020 è evidente che dalla valutazione dei fattori contestuali dell'ASL Napoli 3 sud, sono configurati aree a rischio, nel cui ambito si rinvengono contemporaneamente, nella massima ampiezza ed estensione, tutti i fattori di rischio evidenziati dal lavoro di analisi effettuato nel 2014, nel 2015, nel 2016, 2017, 2018, 2019 e dagli indirizzi nazionali e regionali e dai rilievi ANAC e della Corte dei Conti e dal Nuovo Piano Nazionale Anti Corruzione, dal P.O.A. e dal Piano della Certificabilità del Bilancio (Delibera ANAC n°12/2015):

- Attività della Direzione Strategica;
- Attività del Collegio Sindacale;
- Attività U.O.C. dell'Acquisizione di Beni e Servizi;
- Gestione patrimonio immobiliare- Area della manutenzione – Appalti Pubblici;
- Attività U.O.C. Gestione delle Risorse Umane;
- Attività Distretti Sanitari (Analisi per Unità operative Medicina di Base- Riabilitazione – Medicina Legale- Materno Infantile – Anziani- assistenza domiciliare e residenziale-) (Non uniformità comportamento su tutto il territorio aziendale – Non trasparenza delle liste di attesa per l'accesso a prestazioni sanitarie ambulatoriali e domiciliari – Problema appropriatezza prescrizioni – Assoluta assenza dei controlli sul processo di prescrizione degli ausili per disabili);

- Attività Presidi Ospedalieri;
- Attività U.O.C. Gestione Economica Finanziaria;
- Attività U.O.C. Affari Legali;
- Attività U.O.C. Affari Generali (gestione patrimonio – valutazione sinistri);
- Tutte le attività correlate al sistema dei controlli Esterni;
- Tutte le attività correlate al sistema dei controlli Interni;
- Attività organismi deputati alle attività di controllo ai centri accreditati;
- Attività ispettive rese dalle unità operative Prevenzione collettiva (attività ispettiva);
- Attività del Dipartimento di Prevenzione;
- Attività del Dipartimento Farmaceutico;
- Attività U.O.C. Assistenza Riabilitativa (ausili e presidi);
- Area di attività libero-professionale intramoenia, ALPI e UOSD ALPI;
- Area di attività della U.O.C. Medicina Legale e della Medicina Fiscale e delle UU.OO.SS. Medicina Legale e delle Commissioni;
- Attività Fondi extra aziendali dedicati per specifici obiettivi, poiché gestiti come gestione a parte e non integrati con i criteri e la metodologia della contabilità per centri di costo, inoltre le attività non sono assolutamente inserite nelle attività di monitoraggio della performance delle strutture;
- Attività Dipartimento della Salute Mentale;
- Attività Dipartimento delle Dipendenze;
- Controlli sulle presenze del personale dipendente e convenzionato;
- Trasversalmente per tutte le aree, si definisce ad alto rischio la gestione delle Liste di Attesa, per tutte le prestazioni sanitarie e socio sanitarie previste dai livelli essenziali di assistenza (Livello Prevenzione/Livello Assistenza Ospedaliera/Livello Assistenza Territoriale), oltre le liste di attesa per accedere alle Commissioni Invalidi Civili;
- Liste e tempi di attesa centri accreditati dell'area della riabilitazione;
- Tutta l'attività di certificazione sanitaria (prioritariamente Pronti Soccorsi e Dipartimento di Salute Mentale – Dipartimento di Prevenzione – Dipartimento Ser.D).
- Attività relativa all'organizzazione dei laboratori di analisi.

14.8. Ulteriori Indicazioni Operative

La gestione del rischio non è una scienza esatta, ma è un'analisi di tipo empirico (che si fonda sull'osservazione delle esperienze) e deduttivo (ad una determinata causa non è associato un solo effetto, ma si giunge ad ipotizzare tale effetto dopo un procedimento razionale che fa derivare una certa conclusione da premesse più generiche;

Le azioni sono inserite nel Piano della performance 2020 “Declinazione degli obiettivi” da adottarsi entro il 30 marzo 2020.

Per garantire maggiore trasparenza a quanto dichiarato si pubblicheranno, per singola struttura gli impegni specifici per singolo rischio evidenziato.

Le schede performance 01/02/03 anno 2020 devono essere trasmesse rispettivamente dai singoli responsabili di UUOOCC alla UOC V.R.U. e Performance in formato PDF Aperto e PDF chiuso con firma.

La UOC Valutazione Risorse Umane e Performance coordinerà la trasmissione delle schede succitate alla UOC Relazioni con il Pubblico per la conseguenziale pubblicazione sul sito Link Amministrazione Trasparente/Performance/schede.

14.8. Mappatura dei Processi Asl Napoli 3 Sud. Anno 2019

Per processo si intende un insieme di attività interrelate e sequenziali che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno (dipendenti, altri servizi etc.) o esterno all'amministrazione (cittadini, istituzioni, fornitori etc.);

Il processo che si svolge nell'ambito dell'ASL, può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più attori, strutture o altri Enti. È evidente che il concetto di processo è diverso, più ampio e più complesso di quello di un procedimento amministrativo.

- La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio;
- La mappatura dei processi deve essere garantita in tutte le strutture aziendali ed entra obbligatoriamente nel Piano della Performance anno 2020, nella scheda Performance 02, allegata al Piano della Performance;
- L'attività di mappatura è supportata da percorsi di formazioni concordati tra il R.P.C. e l'UOC Formazione e sviluppo risorse umane;
- Le attività da mettere in campo per contrastare azioni di malagestio e vanno rilevate nella scheda sp03 di struttura.

Nel 2020 oltre a potenziare tutte le azioni evidenziate nelle relazioni dei referenti del R.P.C. è necessario:

Risultati Attesi (Inserire nella deliberazione di declinazione degli obiettivi di Performance).

Entro il 30 giugno 2020 saranno rimodulati ed aggiornati:

- ❖ Revisione Manuale Controlli Centri Accreditati Delibera del 25 gennaio 2017 n. 42 - autorizzazione e accreditamento per strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni assistenziali in regime residenziale, semiresidenziale, domiciliare e ambulatoriale (o territoriale) Coordinamento UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni con il coinvolgimento dei Direttori dei Distretti Sociosanitari, Direttore Dipartimento di Prevenzione, Direttore Dipartimento ATISS e UUOOCC, Direttore UOC Affari Legali, Direttore UOC GEF, Direttore UOC Controllo di Gestione e tutte le UUOOCC o UUOSSDD da coinvolgere secondo l'analisi del rischio effettuato. Il Manuale dovrà prevedere l'analisi di

tutti i processi aziendali di rapporto con gli accreditati, e quindi non solo la fase dell'accreditamento, dell'erogazione delle prestazioni in accreditamento (controllo quantitativo e qualitativo) uniformità procedure C.O.M., tetti di spesa e tutto quello che riguarda il rapporto con il sistema degli accreditati;

- ❖ Revisione Manuale aziendale dei controlli esterni” per i distretti sanitari dell’Asl Napoli 3 Sud”, Delibera del 28 dicembre 2016 n. 349.

Il Manuale dovrà essere aggiornato con la produzione di non più un documento unico ma di:

- ❖ Manuale e Procedure per i Controlli per attività Medici di Base e Pediatri di Libera scelta, e Specialistica Ambulatoriale e Medici di continuità assistenziale, il coordinamento dell’Attività è della UOC Cure Primarie, con i coinvolgimenti dei direttori dei Distretti Sociosanitari, del Direttore UOC G.R.U. ed i rappresentanti dei Medici di Base e dei Pediatri di Libera Scelta e degli specialisti ambulatoriali e di continuità assistenziale;
- ❖ Manuale e procedure per la gestione ed il governo del Processo Autocertificazione per esenzione per reddito, di categoria e di pensioni, di iscrizione e stato di occupazione al centro territoriale per l’impiego, coordinamento delle attività UOC Coordinamento Amministrativo Dipartimento A.T.e I.S.S. e Distretti Sociosanitari;
- ❖ Manuale di Governo, gestione e Controllo dell’anagrafe assistiti, coordinamento delle attività UOC Coordinamento Amministrativo Dipartimento A.T.e I.S.S. con il coinvolgimento delle strutture individuate;
- ❖ Manuale Procedure per l’appropriatezza prescrizioni specialistiche e farmaceutiche MMG e PLS coordinamento attività UOC Cure Primarie;
- ❖ Manuale e procedure controllo per tutte le prestazioni rese a domicilio, coordinamento delle attività UOC Cure Domiciliari con il coinvolgimento di tutte le strutture coinvolte nel processo assistenziale;
- ❖ Manuale e Procedure per i controlli su tutte le prestazioni sociosanitarie con il Coordinamento della UOC Coordinamento Sociosanitario ed il coinvolgimento di tutte le strutture presenti nella gestione delle prestazioni (distretti, dipartimento di salute mentale, dipartimento delle dipendenze etc);
- ❖ Manuale e Procedure per i controlli su tutte le prestazioni riabilitative (ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, fornitura ausili e tutte forniture extra tariffario), coordinamento delle attività UOC Assistenza Riabilitativa con il coinvolgimento delle strutture presenti nel processo assistenziale;
- ❖ Manuale e Procedure per i controlli su tutte le linee di attività dell’assistenza materno infantile territoriale, coordinamento delle attività UOC Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere;
- ❖ Manuale e Procedure e gestione dei fondi dell’attività resa in A.L.P.I, rivalutazione del regolamento con inserimento le attività di controllo e di Trasparenza a cura della UOSD A.L.P.I;
- ❖ Delibera Presa Atto del Piano della Prevenzione della corruzione per singola struttura previa valutazione del Responsabile della Prevenzione della corruzione e nello specifico:

- Dipartimento di Prevenzione;
- Salute Mentale;
- Ser.D.;
- Presidi Ospedalieri con il supporto delle UUOCC di livello centrale di riferimento;
- ❖ Analisi processo organizzativo “liste di attesa” responsabile del procedimento dirigente incaricato I.P.A.S. Liste di Attesa Direzione Sanitaria;
- ❖ Potenziare sistemi di monitoraggio qualità percepita dei servizi pubblici ed accreditati. Il progetto presentato per accedere ai finanziamenti del DCA 134/2016, essendo stato approvato con modifiche, ancora non ha avuto l’approvazione della R.C. Il processo di customer è attivato dalla UOC relazioni con il Pubblico grazie alla approvazione del progetto della R.C. DCA 134/2016
- ❖ Regolamentazione Comodato d’USO /Valutazione in prova, costituzione gruppo di lavoro coordinamento UOC A.B.S.;
- ❖ Analisi Rischi di malagestio Sperimentazioni cliniche, responsabile Coordinamento Comitato Etico – nuovo regolamento;
- ❖ Regolamentazione organizzazione e controllo sale mortuarie (presidi ospedalieri coordinamento a cura della UOC Governo Assistenza Ospedaliera).

Ulteriori Obiettivi di Prevenzione della corruzione

E’ prioritario l’avvio definitivo del sistema integrato dei controlli ai sensi del D.lgs. 286/99 e D.lgs. 150/09 e s.m.i. e dell’atto aziendale (Titolo sesto DCA 39/2017);

- Entro il 2020 avvio della contabilità analitica per centri di costo, con le modalità individuate nel Piano Operativo della Certificabilità del Bilancio (Delibera n. 11 del 19 gennaio 2017 di adozione del Piano Aziendale di Certificabilità dei Bilanci);
- Regolamentare definitivamente ed uniformemente il sistema dell’assegnazione degli incarichi dirigenziali (nuovo regolamento di assegnazione degli incarichi in coerenza con i CCNNLL e Linee Guida ANAC);
- Adozione Regolamento Organizzativo del Sistema Integrato dei Controlli Interni;
- Adozione Regolamento per la gestione integrata dei sistemi premianti/ performance/azioni riferite ai finanziamenti extra (così detti progetti extra);
- Regolamento unico aziendale per la gestione delle sale mortuarie nei presidi ospedalieri;
- Definitiva rotazione delle Commissioni Mediche Locali.
- Regolamentazione Pantoufflage.

Bisogna rilevare che non tutte le strutture utilizzano la piattaforma del protocollo informatico con tutte le possibilità di tracciabilità, semplificazione e risparmio della spesa pubblica, che offre l’utilizzo della scrivania virtuale.

E' evidente che tutti gli obblighi di trasparenza e tutte le azioni di prevenzione della corruzione sono da inserire nella declinazione degli obiettivi per struttura secondo gli indirizzi assegnati nel piano della Performance 2020.

14.18. Regione Campania

Nel 2020 con il contributo della Regione, a mero titolo di esempio si dovrebbe finalmente:

- Per le strutture accreditate inserire l'obbligo di pubblicazione di tutto quanto previsto nel D.Lgs 33/2013 e s.m.i., nei criteri di accreditamento;
- La So.Re.Sa. nei bandi di gara dovrebbe concordare con le aziende sanitarie un sistema di controllo della qualità percepita e di gestione dei reclami, che al momento è quasi inesistente se non per alcuni casi, ma sempre su iniziativa personale e quindi non come buona prassi.

Art. 15 Il codice di comportamento

15.1. Il codice di comportamento adottato con Delibera n. 813/13 – Approvazione del Codice di Comportamento Asl Napoli 3 Sud, definisce, ai fini dell'art. 54 del D.lgs. 165/01 nonché ai fini del DPR 62/13, i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'Asl Napoli 3 Sud sono tenuti ad osservare ai fini di garantire il perseguitamento della tutela della salute dei cittadini, quale mission aziendale; garantire che l'assistenza sanitaria e socio sanitaria quale vision aziendale.

Nel 2020 alla luce delle nuove linee guida dell'ANAC sarà adottato un nuovo codice di comportamento con la collaborazione di tutti gli attori, interni ed esterni, del processo organizzativo aziendale.

Art. 16 Rotazione del personale

16.1. La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di Prevenzione della corruzione.

16.2. Criteri Generali

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud applica alle proprie articolazioni ed alle proprie attività la regola della rotazione dei dirigenti, chiamati ad operare in settori particolarmente esposti a rischio corruzione. Tale previsione tende ad evitare il consolidarsi di pericolose posizioni "di privilegio" nella gestione diretta di attività a rischio, correlate alla circostanza che, lo stesso dirigente, si occupi personalmente per lungo tempo dello stesso tipo di procedimento o intrattenga relazioni che protratte nel tempo possono dar luogo a fenomeni distorsivi.

16.2.1 Vincoli soggettivi

L’Azienda è tenuta ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n. 104 (tra gli altri il permesso di assistere un familiare con disabilità) e al d.lgs. 26 marzo 2001, n. 53 (congedo parentale).

Con riferimento all’applicabilità della misura della rotazione, se attuata tra sedi di lavoro differenti, nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, si ritiene necessaria, l’identificazione in via preventiva dei criteri di rotazione, tra i quali: a) individuazione degli uffici; b) la periodicità; c) le caratteristiche.

Sui citati criteri va attuata la preventiva informativa sindacale che va indirizzata all’Organizzazione sindacale con lo scopo di consentire a quest’ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi. I criteri per singola tipologia di rotazione vanno individuati a seconda delle aree organizzative.

Ciò non comporta un’apertura di una fase di negoziazione in materia.

16.2.2. Vincoli oggettivi

La rotazione va correlata all’esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell’azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Si tratta di esigenze già evidenziate da ANAC nella propria delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, per l’attuazione dell’art. 1, co. 60 e 61, della l. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell’azione amministrativa.

Tra i condizionamenti all’applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall’appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.

Occorre tenere presente, inoltre, che sussistono alcune ipotesi in cui è la stessa legge che stabilisce espressamente la specifica qualifica professionale che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un’abilitazione professionale e all’iscrizione nel relativo albo.

Nel caso in cui si tratti di categorie professionali omogenee non si può invocare il concetto di infungibilità. Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

Proprio per prevenire situazioni come questa, in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di

determinati dipendenti, le amministrazioni dovrebbero programmare adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

16.3. Misure

- a) Per i dirigenti, la rotazione può avvenire solo al termine dell’incarico conferito; la rotazione dei dirigenti può avvenire tra incarichi dirigenziali della stessa tipologia, tenendo conto delle specificità professionali di riferimento;
- b) Prioritariamente la rotazione è organizzata all’interno delle aree individuate a rischio nell’art.14;
- c) Per ogni tipologia di rotazione bisogna stabilire un piano per area che definisca, le modalità, i passaggi di consegna, la formazione ove necessario;
- d) Nel Piano di Rotazione devono essere previste forme di tutoraggio formativo al personale che è coinvolto nella rotazione.
- e) La rotazione degli incarichi ai sensi della Legge 190/2012, costituisce contenuto essenziale del regolamento di affidamento e revoca degli incarichi, predisposto dal direttore U.O.C. G.R.U..
- f) Negli uffici individuati come a più elevato rischio di corruzione, sarebbe preferibile che la durata dell’incarico fosse fissata al limite minimo legale.

In evidenti situazioni di grave rischio di corruzione, conseguenti anche ad atti Giudiziari che denotano malagestio, si potrà procedere alla rotazione dei dirigenti e del personale dipendente del comparto, anche prima dello scadere del termine suffissato.

16.4. In caso di notizia formale di avvio di procedimento penale (comunicazione di decreto di rinvio a giudizio da parte della magistratura penale) a carico di un dipendente (dirigente e/o di comparto), il direttore generale:

- per il personale dirigente procede con atto motivato alla sospensione dell’incarico per un tempo massimo di trenta giorni finalizzato ad espletamento di indagini amministrative interne ed ove ritenuto passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell’art. 16, comma 1, lett. I quater, e dell’art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001;
- per il personale non dirigenziale dispone alla UOC Gestione Risorse Umane di procedere all’assegnazione ad altro servizio ai sensi del art. 16, comma 1, lett. I quater. D.lgs 165/2001.

16.5. Responsabile del procedimento precedente è il Direttore UOC G.R.U..

- Nel 2020 si procederà all’assegnazione dei nuovi incarichi di struttura semplice e complessa. Saranno assegnati con le modalità previste dai CC.NN.LL., nelle aree già individuate a rischio (processi organizzativi ove ci siano stati arresti per corruzione, segnalazioni anonime, indagini, dove non siano mai intervenuti miglioramenti nelle azioni di prevenzione della corruzione) qualora all’interno delle stesse tipologie di incarico, il dirigente

abbia già ricoperto l’incarico per un periodo superiore a 3 anni, lo stesso potrà essere chiamato a ricoprire diverso incarico presso la stessa struttura o lo stesso o altro incarico presso altra struttura complessa e /o semplice qualora presente nell’organigramma dell’ASL.

Prioritariamente la rotazione all’assegnazione dei nuovi incarichi, nel 2020, è programmata per le seguenti strutture:

- Attività di Prevenzione collettiva Territoriale (UOOSS Dipartimento di Prevenzione) richiesta nel PTPC già dal 2015;
- Attività di Veterinaria Territoriale (UOOSS/ Dipartimento di Prevenzione) richiesta nel PTPC già dal 2015;
- Cure Primarie Distrettuali UOOSS (Distretti Sociosanitari) richiesta nel PTPC già dal 2015;
- Assistenza territoriale UOOSS (Distretti Sociosanitari);
- UOOCC D.S.M;
- UOOCC Dipartimento Farmaceutico;
- Presidenti e componenti Commissioni Invalidi Civili, responsabile del procedimento UOC Medicina Pubblica valutativa, considerato che la UOC GRU ha già concluso tutte le procedure di competenza.

16.6. Tutti i contratti di lavoro per gli incarichi dirigenziali devono prevedere che gli stessi, a scadenza, potranno comportare, dopo valutazione positiva, la possibilità della rotazione su incarico simile.

Art. 17 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

17.1 Gli obblighi di astensione in caso di conflitto di interesse, sono in coerenza con le linee guida dell’ANAC.

Il responsabile (personale dirigenziale e di comparto) del procedimento ed i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo procedurali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

17.2 Il Codice di comportamento dell’ASL Napoli 3 Sud (Delibera n° 813 del 5 dicembre 2013) disciplina gli adempimenti attuativi dell’obbligo di astensione ogniqualvolta, nello svolgimento dell’attività di servizio, si configuri un conflitto di interessi, anche potenziale, e “in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza”.

17.3 L’obbligo di astensione è previsto per tutti i dipendenti, e con riferimento ad interessi di qualsiasi natura, diretti o mediati.

17.4 La sussistenza, in capo al dipendente, di un interesse di carattere privato, inteso nei suddetti termini, poiché potenzialmente lesiva dell’imparzialità dell’attività di servizio, deve essere obbligatoriamente rappresentata al dirigente sovraordinato, chiamato ad adottare iniziative utili ad evitare non solo rischi di episodi corruttivi, ma

anche possibili compromissioni del buon andamento dell'azione istituzionale e dell'immagine dell'Asl Napoli 3 Sud.

17.5 Nel caso il conflitto d'interesse sia relativo ad un direttore di struttura complessa (o secondo il ruolo), lo stesso lo comunicherà al direttore di dipartimento, direttore Medico di Presidio o al Direttore Sanitario Aziendale o al Direttore Amministrativo Aziendale.

17.6 Si precisa che, in ragione di quanto disposto dal citato art. 7 del Codice generale di comportamento, sono assimilabili ai soggetti esterni sopra menzionati "le persone con le quali il dipendente abbia rapporti di frequentazione abituale, nonché i soggetti con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero i soggetti di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente".

17.7. Qualora il competente dipendente ritenga che il potenziale conflitto di interessi impedisca il sereno e regolare esercizio delle funzioni di servizio, lo stesso dovrà essere sollevato dalla funzione e, quest'ultima, affidata ad altro dipendente e, in mancanza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente superiore dovrà assumere ogni compito relativo a quel procedimento. I dirigenti sono, comunque, chiamati ad un controllo costante della regolarità dell'operato del dipendente e del rispetto del dovere di astensione sopra esplicitato.

17.8. Ove la situazione rappresentata non venga ritenuta idonea a ledere l'imparzialità dell'attività di servizio, il competente dirigente conferma l'interessato nell'espletamento delle funzioni di sua competenza, avendo cura di monitorare, anche attraverso controlli a campione, la corretta esecuzione del suo operato.

17.9. I conflitti di interessi,— in conformità a quanto previsto dal citato art. 7 e dal Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (delibera n. 1064 del 13 novembre 2019)- non possono essere risolti attraverso prefissati criteri di incompatibilità assoluta tra situazioni soggettive e prestazioni professionali, ma devono essere gestiti motivatamente dalla dirigenza nel prioritario interesse dell'Asl Napoli 3 sud, nel rispetto della professionalità e della valorizzazione delle risorse umane e nella consapevolezza che ciascun individuo si colloca, inevitabilmente, nell'ambito di una sfera di rapporti familiari, affettivi e sociali.

17.10. Ferra restando la possibile insorgenza di situazioni di conflitto di interessi nell'ambito di qualsiasi adempimento di servizio, si rileva, con particolare riferimento allo svolgimento di attività istituzionali, che l'ampiezza e la varietà dei servizi prestati dall'ASL Na 3 Sud ai numerosi portatori d'interesse, coinvolgono numerosissimi interessi privati, primi tra tutti quelli in capo ai destinatari dei servizi medesimi ed ai soggetti e strutture accreditate e/o convenzionate.

17.11. Pertanto, situazioni di potenziale conflitto di interessi sono, sicuramente, ipotizzabili in capo a coloro che, impegnati in attività istituzionali, intrattengono relazioni extra — ufficio (dirette o mediate) con i suddetti portatori di interesse.

17.12. Sulla base di detto presupposto, si delineano di seguito alcune circostanze causa di potenziale conflitto, con riferimento alle quali vengono contestualmente prescritti specifici obblighi di comunicazione a carico dei dipendenti interessati:

1. La possibilità che coniuge, conviventi, parenti, affini entro il secondo grado, svolgano attività lavorativa (ivi inclusi stage o tirocini) presso accreditati, convenzionati e fornitori, determina un potenziale conflitto di interessi per tutti i dipendenti che operano nelle aree dei controlli, della gestione dei conti aziendali, della vigilanza ispettiva, o in qualità di prescrittori di prestazioni sanitarie erogate da quella struttura;
2. L'esercizio di un mandato politico - amministrativo da parte di un dipendente, non collocato in aspettativa, o dei relativi: coniuge, conviventi, parenti e affini entro il secondo grado, determina, altresì, situazioni di conflitto di interessi. Anche il dipendente interessato dalle ipotesi di conflitto di cui al presente punto è tenuto a darne immediata comunicazione al dirigente dell'ufficio di appartenenza, e ad astenersi dalla trattazione di questioni/pratiche in cui siano coinvolti interessi di elettori o di soggetti che collaborano per lo svolgimento del mandato. Ove lo stesso dipendente sia titolare del mandato, si ravvisa l'opportunità che lo stesso venga collocato in struttura diversa.

3. I Direttori di struttura complessa periodicamente ricordano al personale gli obblighi in questione, invitando a produrre, ove del caso, le comunicazioni suddette.

17.13 Sempre a titolo puramente esemplificativo, e non esaustivo, si evidenzia che l'obbligo di astensione riguarda, altresì:

- Componenti commissioni mediche;
- Il personale operante nei settori di gestione delle risorse umane compresi quelli preposti alla erogazione di benefici economici, qualora legato da vincoli extra ufficio, diretti o mediati, ai colleghi destinatari dell'attività di servizio;
- Il personale addetto alle procedure di acquisizione di beni, forniture e servizi, nel caso in cui intrattenga relazioni extra -ufficio, dirette o mediate, con gli operatori economici interessati alle procedure medesime. In capo agli stessi sussistono, altresì, gli ulteriori obblighi di astensione specificamente previsti dagli artt. 14 del Codice di comportamento generale;
- Il personale che si trova a dover trattare pratiche relative ad una associazione od organizzazione alla quale lo stesso aderisce, i cui ambiti di interesse possono interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio. Si rammenta, al riguardo, l'obbligo di effettuare la preventiva comunicazione relativa all'adesione (esclusa l'adesione a partiti politici e sindacati), prevista dall'art. 5 del Codice di comportamento dell'ASL Napoli 3 sud, il partecipare ad associazioni utilizzando, per l'azione della stessa, informazioni interne all'Asl Na 3 sud, procurando danno all'immagine aziendale e/o altri tipi di problematiche risulta essere paleamente violazione al codice di comportamento;
- Componenti commissioni per l'accreditamento;

- Componenti Tavoli Tecnici con Accreditati;
- Gruppi di lavoro Controlli Dipartimento di Prevenzione;
- Controlli Farmacie Convenzionate;
- Commissioni di Gara;
- Commissioni Concorsi;
- Controlli Strutture D.S.M.;
- Controlli su strutture sociosanitarie;
- Comitato Valutazione Sinistri;
- Componenti U.P.D.;
- Altro.

17.14 Si precisa che l’obbligo di astensione deve essere inteso con riferimento ad attività di gestione di pratiche/questioni/posizioni/ controllo/rilascio pareri/ etc. È consentito, pertanto, fornire informazioni e verificare lo stato delle domande di servizio, purché detti adempimenti vengano svolti senza ingerenze nelle attività gestionali e di controllo.

17.15 Tutto il personale è tenuto al puntuale rispetto della normativa, la cui violazione, come noto, è fonte di responsabilità disciplinare ed eventuale responsabilità penale, civile, amministrativa e contabile.

17.16 I Direttori di UUOOCC devono comunicare al Responsabile della Prevenzione della corruzione ogni anno, i casi di conflitto di interessi registrati nell’anno precedente, contribuendo inoltre ad individuare ulteriori attività ai fini della prevenzione dei conflitti d’interesse.

Art. 18 Svolgimento di incarichi d’ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali.

18.1. Nell’Asl Napoli 3 sud è stato adottato con delibera n° 189 del 21 aprile 2015 il nuovo regolamento aziendale in materia di incompatibilità ed autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali.

Art. 19 Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (così detto Pantouflage, ovvero il passaggio di funzionari pubblici a ditte private– o revolving doors porta girevole)

19.1. E’ obbligatoria, nell’ambito della predisposizione dei bandi di gara e/o degli atti prodromici agli affidamenti l’inserimento dell’apposita clausola che faccia espresso riferimento alla condizione soggettiva (soggetti privati) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex

dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Asl Napoli 3 Sud, per il triennio successivo alla loro cessazione dal rapporto di lavoro.

Art. 20 Obblighi di Trasparenza nelle azioni di Prevenzione della corruzione.

20.1. Il Piano triennale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza individua specifici obblighi di trasparenza, ulteriori, rispetto a quelli ordinariamente prescritti da disposizioni di legge, in piena aderenza al basilare principio normativo secondo cui la trasparenza dell'attività amministrativa costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, e secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150.

20.2. Tutte le azioni di pubblicità e trasparenza inerenti il Piano triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza sono visibili nell'allegato B1 di questo PTPCT.

E nello specifico:

- Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza;
- Responsabile della prevenzione della corruzione – individuazione;
- Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati);
- Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta;
- Azioni successive ai controlli adottati in ottemperanza a provvedimenti della ANAC in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione;
- Formazione;
- Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013;
- Predisposizione di modelli per eventuali segnalazioni di cui all'art. 54 bis del D.lgs. n.165/2001, nell'ambito delle misure di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito a garanzia della riservatezza e Modello web per la segnalazione di illecito;
- Misure di consultazione attuate in sede di elaborazione del P.T.P.C;
- Numero sentenze di condanna dei giudici penali e della corte dei conti nei confronti di funzionari in riferimento a fatti corruttivi;
- Questionario sulla percezione della corruzione e sul valore dell'integrità / Valutazione questionari;
- Esiti rilevazione qualità percepita procedure di formazione del personale;
- Risposte alle domande più frequenti FAQ;
- Risultanze statistiche elaborazione degli interventi organizzativi realizzati dalle strutture aziendali per assicurare il rigoroso rispetto della legge e l'osservanza della massima trasparenza nella formazione nell'attuazione nel controllo delle decisioni;

- Pubblicazione risultati monitoraggio rispetto termini per la conclusione dei procedimenti;
- Personale formato;
- Risultati analisi bisogni formativi;
- Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate;
- Numero e denominazione delle aree di rischio individuate e inserite nel PTPCT (Registro rischi);
- Numero e denominazione delle aree di rischio individuate e inserite nel PTPCT per le quali l'azienda prevede ulteriori misure di prevenzione oltre a quelle obbligatorie per legge;
- Tipologia di misura adottata per assicurare la tutela del whistleblower;
- Tipologia di misura adottata per assicurare l'attuazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. N 165 del 2001 (svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro);
- Tipologia di misure attinenti al codice di comportamento ulteriori rispetto a quelle disciplinate nel codice di comportamento generale;
- Misura ulteriore introdotta, diversa da quelle previste come obbligatoria dalla legge, che a giudizio del Responsabile della prevenzione della corruzione presenta il miglior livello di efficacia per la prevenzione;
- Conflitto di interesse;
- Relazioni dei referenti del Responsabile della Prevenzione della corruzione.

Art. 21 Conferimento ed autorizzazione incarichi

21.1. Il D.lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

- delle particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- delle situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati;
- delle ipotesi di Inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati, per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

21.2. L'obiettivo del complesso intervento normativo è tutto in un'ottica di prevenzione.

Infatti, la legge ha valutato ex ante e in via generale che:

- lo svolgimento di certe attività/funzioni, può agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e

assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;

- il contemporaneo svolgimento di alcune attività di regola inquina l’azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori;

in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l’affidamento di incarichi dirigenziali che comportano responsabilità su aree a rischio di corruzione.

21.3. In particolare, i Capi III e IV del decreto regolano le ipotesi di inconferibilità degli incarichi ivi contemplati in riferimento a due diverse situazioni:

- incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico.

Art. 22 Inconferibilità per incarichi dirigenziali

22.1. Il D.lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

- A. particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all’attività svolta dall’interessato in precedenza;
- B. situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati;
- C. ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

22.2. L’obiettivo del complesso intervento normativo è tutto in una ottica di prevenzione.

Infatti, la legge ha valutato *ex ante* e in via generale che:

- A. lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- B. il contemporaneo svolgimento di alcune attività di regola inquina l’azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori;

C. in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportano responsabilità su aree a rischio di corruzione.

22.3. In particolare, i Capi III e IV del decreto regolano le ipotesi di inconferibilità degli incarichi ivi contemplati in riferimento a due diverse situazioni:

- A. incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- B. incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico.

22.4. Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del D.lgs. n. 39/2013.

22.5. La situazione di inconferibilità non può essere sanata, per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il R.P.C. con il supporto della UOC Affari Legali, è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Art. 23 Incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali

23.1. Ai sensi del D.lgs. n. 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 perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e 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 componente di organi di indirizzo politico”.

23.2. Le situazioni d'incompatibilità sono previste nel Capi V e VI del D.lgs. n. 39/2013.

23.3. A differenza che nel caso di Inconferibilità, la causa d'incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

23.4. Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione d'incompatibilità, il R.P.C., con il supporto della UOC Affari Legali, fa una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 D.lgs. n. 39/2013).

23.5 Nel 2019 il R.P.C. non è intervenuto su nessun caso.

23.6. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Ai sensi del D.lgs. 39/2013 “Le pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono tenuti a verificare la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del d.lgs. n. 39 del 2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi”.

23.7. Nel caso specifico delle aziende sanitarie la delibera ANAC n. 149 del 31 dicembre 2014, chiarisce per la dirigenza medica “le ipotesi di Inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”.

23.8. A tal fine nell’attesa di ulteriori approfondimenti della materia circa l’applicazione del D.lgs. 39/13 nell’organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, visti gli ultimi provvedimenti dell’ANAC, proprio in riferimento all’organizzazione del sistema sanitario, il presente PTPCT prevede che la sussistenza di incompatibilità e inconferibilità è riferita:

- Al Rappresentante legale dell’Asl Napoli 3 Sud in qualità di organo dell’Asl;
- Al Direttore Sanitario Aziendale;
- Al Direttore Amministrativo Aziendale;
- Al Responsabile Prevenzione della Corruzione;

23.9. I soggetti sopraelencati devono rendere la dichiarazione di insussistenza delle cause d’ inconferibilità ed incompatibilità e (rese ai sensi del DPR 445/2000):

- a) All’atto del conferimento dell’incarico;
- b) Ogni anno entro il 31 marzo.
 - Le dichiarazioni di cui al punto a, rese secondo un modello pubblicato sul sito istituzionale al link “Amministrazione Trasparente - Dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità” devono essere trasmesse al Direttore UOC Gestione Risorse Umane ed al Direttore UOC Relazioni con il Pubblico per la pubblicazione sul sito istituzionale.
 - Le dichiarazioni di cui al punto b secondo il modello precitato dovranno essere rese entro il 31 marzo di ogni anno e trasmesse al direttore UOC Relazioni con il Pubblico per la prevista pubblicazione sul sito istituzionale, ed inoltre all’atto di ogni nuovo incarico.

23.10 Incompatibilità, cumulo di impegni ed incarichi

Resta ferma per tutti i dipendenti dell’Asl Napoli 3 Sud quanto stabilito nell’art.53 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n° 165 e s.m.i.

Art. 24 Controlli sulle dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/2000

24.1. Il Direttore UOC Gestione Risorse Umane controlla il 100% delle dichiarazioni rese dai dirigenti all'atto del conferimento dell'incarico.

24.2 I controlli delle autocertificazioni rese ai sensi del DPR 445/2000 devono essere garantite in tutte le attività dove possono essere rese e solo a titolo esemplificativo:

- esenzioni ticket;
- autocertificazioni inserite nei curriculum vitae per valutazione incarichi (particolare attenzione va rivolta alle autocertificazioni per i crediti ECM);
- autocertificazioni in materia di accreditamento privato accreditato;
- autocertificazioni rese dal personale dipendente ai fini del riconoscimento economico per prestazioni rese.

Art. 25 Attività successive alla cessazione dal servizio

25.1. La L. n. 190/2012 e s.m.i. ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D.lgs n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la “convenienza” di accordi fraudolenti.

25.2. La disposizione stabilisce che “I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”.

Art. 26 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.

26.1. La L. n. 190/2012 e s.m.i. – in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha ex novo introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.lgs. n. 165/2001, pone delle condizioni ostaive 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.

26.2. Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Art. 27 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito.

27.1. Il Whistleblower è colui il quale riferisce di un illecito compiuto (o a compiersi), in danno delle Istituzioni del quale sia stato diretto testimone — nell'esercizio delle proprie funzioni — all'interno della propria organizzazione lavorativa. Il termine è anglosassone e deriva dall'inglese "blow the whistle" (soffiare nel fischietto) e si riferisce all'azione dell'arbitro di segnalare un fallo o un'infrazione. La Legge 30 novembre 2017, n° 179 dispone norme di tutela per gli autori di segnalazioni di reati o di irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico e privato.

27.2. Questa ASL sceglie di utilizzare, per rendere meglio il concetto in italiano, l'espressione VEDETTA CIVICA, scelta da Libera (Associazione italiana per la lotta contro tutte le mafie) nella relazione ILLUMINIAMO LA SALUTE.

27.3. Per cultura etica italiana, questa accezione non è stata immediatamente compresa soprattutto a causa dell'idea dispregiativa che si ha di chi pone in essere un comportamento assimilabile al delatore e che come tale tradisce un legame o una fiducia preesistente.

27.4. Segnalazione degli illeciti da parte del dipendente. Tutela del c.d. whistleblower o della Vedetta Civica.

L'articolo 1. comma 51 della Legge 190/2012 e s.m.i. ha previsto l'inserimento dell'articolo 54 bis al decreto legislativo n. 165/2001, in merito alla tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti. Fuori dai casi di responsabilità a titolo di calunnia e/o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del Codice Civile, la nuova disciplina prevede una particolare tutela in favore del pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce

al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui abbia saputo in ragione del rapporto di lavoro. In base a tale disciplina il dipendente non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad alcuna misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. Per misure discriminatorie si intende le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro.

27.5. La ratio della norma è quella di evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli. La norma tutela l'anonimato facendo specifico riferimento al procedimento disciplinare, ovvero l'identità del segnalante deve essere protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione. Tuttavia, per quanto riguarda lo specifico contesto del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'inculpato nei seguenti casi:

- a. Consenso del segnalante;
- b. La contestazione dell'addebito disciplinare è fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione: si tratta dei casi in cui la segnalazione è solo uno degli elementi che hanno fatto emergere l'illecito, ma la contestazione avviene sulla base di altri fatti da soli sufficienti a far scattare l'apertura del procedimento disciplinare;
- c. La contestazione è fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità assolutamente indispensabile per la difesa dell'inculpato, tale circostanza può emergere solo a seguito dell'audizione dell'inculpato ovvero dalle memorie difensive che lo stesso produce nel procedimento.

27.6. Ricevuta la segnalazione il R.P.C. registrerà la denuncia con un numero progressivo annuale (che costituirà il codice di identificazione) e la trasmetterà, senza nome e cognome, ma con codice identificativo al Responsabile del servizio coinvolto dal presunto evento corruttivo o ad altri eventuali dipendenti interessati, per le valutazioni e/o iniziative di merito, che avranno cura di comunicare successivamente alla struttura dell'anticorruzione. Per consentire la gestione della segnalazione è necessario che la denuncia sia circostanziata riguardi fatti riscontrabili, conosciuti dal denunciante e non riportati da altri soggetti, nonché contenga tutte le informazioni necessarie per individuare gli autori della condotta illecita. In mancanza di tali elementi, non sarà possibile procedere; tuttavia il R.P.C. valuterà se inoltrare tale segnalazione, ancorché carente, al Direttore Generale ed al responsabile della struttura in cui è stato segnalato l'illecito.

27.7. La tutela dell'anonimato prevista dalla norma non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima.

27.8. La misura di tutela introdotta dalla disposizione, si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Resta ferma che l'amministrazione deve prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari,

siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (es.: indicazione di nominativi o qualifiche particolari, menzione uffici specifici, procedimenti o eventi particolari. ecc.).

27.9. Le disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione all'accesso documentale, non possono comunque essere riferibili a casi in cui, in seguito a disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto, ad esempio indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni, ecc.

27.10. Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione:

al R.P.C., il quale valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

A. Al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione; il dirigente predetto valuta tempestivamente l'opportunità /necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa ed inoltre valuta sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;

B. All'U.P.D. che, per i procedimenti di propria competenza, valuta la sussistenza degli estremi per avviare un procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;

C. Alla UOC Affari Legali che valuta la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine della pubblica amministrazione;

D. All'Ispettorato della funzione pubblica, il quale valuta la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

27.11 Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione può, altresì darne notizia:

- All'organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative del comparto presenti nell'amministrazione. In questo caso l'organizzazione sindacale deve riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal

R.P.C.;

- Al Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) da istituire;
- Riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione Pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal responsabile della Prevenzione della corruzione;

27.12. Il dipendente può, infine, agire in giudizio nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione per ottenere:

- a) un provvedimento giudiziale d'urgenza finalizzato alla cessazione della misura discriminatoria e/o al ripristino immediato della situazione precedente;
- b) l'annullamento davanti al T.A.R. dell'eventuale provvedimento amministrativo illegittimo e/o, se del caso, la sua disapplicazione da parte del Tribunale del lavoro e la condanna nel merito per le controversie in cui è parte il personale c.d. contrattualizzato; c) risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale conseguente alla discriminazione. Per quanto sopra ed in conformità con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud ha istituito un canale differenziato e riservato per ricevere tali segnalazioni da parte dei dipendenti, mediante il seguente indirizzo di posta elettronica vedettacivica@aslnapoli3sud.it, utilizzando apposita modulistica secondo gli indirizzi dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, scaricabile dal link Prevenzione Corruzione del sito Istituzionale.

27.13. Il predetto indirizzo di posta elettronica verrà gestito da un ristrettissimo nucleo di persone (costituito dal R.P.C. ed un suo collaboratore), assegnando ad ogni denunciante un codice sostitutivo dei dati identificativi dello stesso (custoditi sotto chiave presso la struttura operativa del R.P.C.) al fine di garantire la riservatezza. Solo in presenza delle situazioni legali che rendano indispensabile rivelare l'identità del denunciante il R.P.C. comunicherà - in maniera riservata - tale informazione.

27.14. Dal gennaio del 2019 l'Asl ha affiancato al sistema succitato una piattaforma online per segnalazioni, raggiungibile dal sito www.aslnapoli3sud.it link whistleblowing (messo a disposizione dall'ANAC).

Registrando la segnalazione su questo portale, si riceve un codice identificativo univoco, "key code", da utilizzare per "dialogare" con l'RPCT in modo spersonalizzato e per essere costantemente informato sullo stato di lavorazione della segnalazione inviata.

È importante conservare con cura il codice identificativo univoco della segnalazione, in quanto, in caso di smarrimento, lo stesso non potrà essere recuperato o duplicato in alcun modo.

Grazie all'utilizzo di un protocollo di crittografia che garantisce il trasferimento di dati riservati, il codice identificativo univoco ottenuto a seguito della segnalazione registrata su questo portale consente al segnalante di "dialogare" con l'RPCT in modo anonimo e spersonalizzato.

Il livello di riservatezza è dunque aumentato rispetto alle pregresse modalità di trattamento della segnalazione. Per tale motivo si consiglia a coloro che hanno introdotto la propria segnalazione dopo la data di entrata in vigore della legge n. 179/2017 tramite altri canali (telefono, posta ordinaria, posta elettronica, certificata e non, protocollo generale), di utilizzare esclusivamente la piattaforma informatica. D'altronde, l'utilizzo della piattaforma informatica garantisce anche una maggiore

celerità di trattazione della segnalazione stessa, a garanzia di una più efficace tutela del whistleblower.

27.15. Nel 2018/19 non sono pervenute segnalazioni tramite il sistema succitato, ma segnalazioni anonime che hanno permesso approfondimenti importanti a cura delle unità ispettive aziendali.

27.16. Si applicano a tutela del segnalante le misure di tutela previste dalla Legge 30 novembre 2017, n° 179.

Art. 28 La Formazione

28.1. La formazione su tutti gli ambiti di prevenzione dei rischi di corruzione non solo è obbligatoria, ma sono previste sanzioni nel caso non siano pianificate azioni annuali, così come già evidenziato all'art.1.9.

28.2. Negli anni 2013- 2014-2015-2016-2017-2018-2019 l'intervento formativo, curato dal R.P.C.T, con il supporto della UOC Formazione ed aggiornamento professionale, è stato indirizzato ai dirigenti ed al personale di comparto che lavorano in aree omogenee di rischio insieme ai direttori delle relative UUOCC. Le Attività formative del sono visibili sul link Prevenzione della corruzione/Formazione.

28.3. Nel 2020 il Piano della Formazione proseguirà, scendendo maggiormente in dettaglio, soprattutto nelle aree di maggiore criticità e nello specifico:

- A. Formazione a tutto il personale dell'UOC Gestione Risorse Umane (Regime dell'impiego di risorse nella P.A. dopo la riforma Madia- La contrattazione decentrata – La gestione ed il governo del salario accessorio- Obblighi di Trasparenza);
- B. Formazione sull'implementazione dei sistemi di Controllo e della Performance;
- C. Formazione specialistica per il R.P.C. e responsabile della Trasparenza;
- D. Organizzazione Corso di Formazione “Scuola dell'Etica” con la collaborazione dell'Istituto Nazionale per l'Etica in Sanità (Corso ECM);
- E. Organizzazione corso di formazione sulla metodologia ANAC sull'individuazione del rischio (formazione base a tutto il personale neo assunto).

Art. 29 Questionario sulla percezione della corruzione

29.1. Il P.T.P.C., agendo nella ricerca costante di un sistema di garanzia fondato sul ruolo attivo di tutti i portatori d'interesse (cittadini/dipendenti/fornitori/istituzioni etc.), ha individuato tra gli strumenti di partecipazione e comunicazione (sito istituzionale, Sistema Reclami, Esperienze di Audit Civico, etc.) anche la possibilità da parte di tutti, di partecipare attivamente alla valutazione della percezione della Corruzione e delle azioni messe in campo per il contrasto alla stessa.

29.3. L'UOC Relazioni con il Pubblico ha elaborato una proposta sperimentale di questionario anonimo, in attesa di linee guida regionali, già compilabile on-line (sito istituzionale www.aslnapoli3Sud.it Amministrazione Trasparente/Prevenzione della corruzione).

Art. 30 Patti di integrità negli affidamenti

30.1. I patti d'integrità ed i protocolli di legalità, rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti. Responsabili dei procedimenti sono il Direttore UOC ABS ed il responsabile dell'UOC Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare.

Art. 31 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

31.1. La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso una efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale il cittadino partecipa alla progettazione ed al controllo della pubblica amministrazione.

31.2. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami e della metodologia della customer satisfaction oltre a quella dell'audit civico costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire anche la partecipazione al sistema azienda.

Art. 32 Monitoraggio dei rapporti Azienda/Soggetti esterni

32.1. Il piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, definisce procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.

32.2. Sui rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o

erogazione di vantaggi economici di qualunque genere vigilano, in via ordinaria, i dirigenti preposti alle varie articolazioni centrali e periferiche dell’Azienda, al fine di accertare che gli stessi siano improntati alla massima correttezza ed al rigoroso rispetto della legge, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell’amministrazione.

Art. 33 La normativa antiriciclaggio: prevenzione e contrasto. Le azioni dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud.

33.1. L’Art.10 del Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n°90 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 19 giugno 2017 “Attuazione della direttive UE 2015/849 relativa alla prevenzione dell’uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo e recante modifica delle direttive 2005/60/CE e 2006/70/Ce ed attuazione del regolamento UE N° 2015/847 riguardante i dati informativi che accompagnano i trasferimenti di fondi e che abroga il regolamento CE n° 1781/2006”, recita:

“Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano agli uffici delle Pubbliche amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell’ambito dei seguenti procedimenti o procedure:

- Procedimenti finalizzati all’adozione di provvedimenti di autorizzazione o di concessione;
- Procedure di scelta del contraente per l’affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- Procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.
- In funzione del rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, il Comitato di sicurezza finanziaria, anche sulla base dell’analisi nazionale del rischio di cui all’articolo 14, individua categorie di attività amministrative, svolte dalle Pubbliche amministrazioni responsabili dei procedimenti di cui al comma 1, rispetto a cui non trovano applicazione gli obblighi di cui al presente articolo.
- Con le medesime modalità e secondo i medesimi criteri, il Comitato di sicurezza finanziaria può individuare procedimenti, ulteriori rispetto a quelli di cui al comma 1, per i quali trovano applicazione gli obblighi di cui al presente articolo.
- Il Comitato di sicurezza finanziaria elabora linee guida per la mappatura e la valutazione dei rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo cui gli uffici delle Pubbliche amministrazioni, responsabili dei procedimenti di cui al comma 1, sono esposti nell’esercizio della propria attività istituzionale. Sulla base delle predette linee

guida, le medesime Pubbliche amministrazioni adottano procedure interne, proporzionate alle proprie dimensioni organizzative e operative, idonee a valutare il livello di esposizione dei propri uffici al rischio e indicano le misure necessarie a mitigarlo.

- Al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, le Pubbliche amministrazioni comunicano alla UIF dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale. La UIF, in apposite istruzioni, adottate sentito il Comitato di sicurezza finanziaria, individua i dati e le informazioni da trasmettere, le modalità e i termini della relativa comunicazione nonché gli indicatori per agevolare la rilevazione delle operazioni sospette.
- Le Pubbliche amministrazioni responsabili dei procedimenti di cui al comma 1, nel quadro dei programmi di formazione continua del personale realizzati in attuazione dell'articolo 3 del decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178, adottano misure idonee ad assicurare il riconoscimento, da parte dei propri dipendenti delle fattispecie meritevoli di essere comunicate ai sensi del presente articolo.
- L'inosservanza delle norme di cui alla presente disposizione assume rilievo ai fini dell'articolo 21, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. (Responsabilità dei dirigenti).

33.2. L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud nel percorso formativo per la lotta alla corruzione ha svolto una giornata formativa proprio sull'antiriciclaggio, organizzata dall'Istituto Nazionale per l'Etica in Sanità, con la partecipazione di un rappresentante della Unità di Informazione Finanziaria della Banca d'Italia.

In via preliminare e nell'attesa delle linee guida regionali si ritiene necessario dare rilievo ad alcuni concetti e principi che sembrano così lontani dal fare quotidiano di un'azienda sanitaria, che se non percepiti come rischio possono produrre un grave danno allo stesso sistema.

33.3. Questa azienda ha provveduto all'individuazione di una struttura responsabile per tale tipologia di segnalazione e di altra per la valutazione preventiva delle segnalazioni stesse.

È stato quindi individuato il Direttore della UOC Affari Legali quale soggetto designato per la trasmissione della segnalazione di operazioni sospette ed il Responsabile della UOC Controlli Integrati Interni ed Esterni per la valutazione preventiva delle segnalazioni stesse.

Tali segnalazioni saranno effettuate esclusivamente attraverso la modalità telematica attraverso l'applicazione messa a disposizione dall'Unità di informazione Finanziaria della Banca d'Italia.

33.4. Rilevanza economico/finanziaria del riciclaggio

Il Riciclaggio:

- consente lo sfruttamento economico di un altro reato già commesso;

- altera la concorrenza, il corretto funzionamento dei mercati e i meccanismi di allocazione delle risorse;
- coinvolge operatori economici qualificati (es. banche o professionisti);
- nelle forme più significative, supera i confini nazionali (differenziali di regolamentazione).

33.5. Nozione penale di riciclaggio

Riciclaggio (art. 648-bis)

Sostituzione o trasferimento di denaro, beni o altre utilità provenienti da delitto non colposo, ovvero altre operazioni, in modo da ostacolare l'identificazione della loro provenienza delittuosa (reclusione da quattro a dodici anni e con la multa da euro 5.000 a euro 25.000).

La pena è aumentata se il fatto è commesso nell'esercizio di un'attività professionale.

Auto riciclaggio (art. 648-ter)

Penale della reclusione da due a otto anni e multa da euro 5.000 a euro 25.000 a chiunque, avendo commesso o concorso a commettere un delitto non colposo, impiega, sostituisce, trasferisce, in attività economiche, finanziarie, imprenditoriali o speculative, il denaro, i beni o le altre utilità provenienti dalla commissione di tale delitto, in modo da ostacolare concretamente l'identificazione della loro provenienza delittuosa.

33.6. Nozione «amministrativa» di riciclaggio

Costituiscono riciclaggio le seguenti azioni:

- a) Conversione o trasferimento di beni per occultare o dissimulare l'origine illecita (dolo specifico);
- b) Occultamento o dissimulazione di reale natura, provenienza, ubicazione, disposizione, movimento, proprietà dei beni o dei diritti sugli stessi;
- c) Acquisto, detenzione o utilizzazione di beni:
 1. se commesse intenzionalmente
 2. se sussiste conoscenza che i beni provengono da attività criminosa

Costituisce altresì riciclaggio qualunque forma di coinvolgimento nell'azione, quale:

- a) la partecipazione a uno degli atti;
- b) l'associazione per commettere l'atto;
- c) il tentativo di perpetrarlo;
- d) il fatto di aiutare, istigare o consigliare qualcuno a commetterlo o il fatto di agevolarne l'esecuzione

33.7. Rilevanza economico/finanziaria del riciclaggio

Il Riciclaggio:

- Consente lo sfruttamento economico di un altro reato già commesso;
- Altera la concorrenza, il corretto funzionamento dei mercati e i meccanismi di allocazione delle risorse;
- Involge operatori economici qualificati (es. banche o professionisti);
- Nelle forme più significative, supera i confini nazionali (differenziali di regolamentazione).

33.8 Finalità della disciplina “amministrativa” antiriciclaggio

La disciplina antiriciclaggio ha lo scopo di prevenire l'utilizzo del sistema finanziario e di quello economico a fini di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. L'attività di prevenzione si realizza tramite misure volte a tutelare l'integrità di tali sistemi e la correttezza dei comportamenti. L'azione di prevenzione è svolta in coordinamento con le attività di repressione dei reati.

33.9 Il sistema antiriciclaggio

A fronte di tecniche sempre più sofisticate e transnazionali di reinvestimento di disponibilità di origine criminale, la reazione degli ordinamenti si è sviluppata sia sul piano della repressione penale, sia attraverso il potenziamento dell'apparato di prevenzione, fondato sulla collaborazione tra Autorità pubbliche e operatori.

Repressione

1. Autorità Giudiziaria
2. Norme penali
3. Accertamento dei reati

Prevenzione

1. Autorità pubbliche
2. Legislazioni ad hoc
3. Anomalie sintomatiche di attività illecite

In Italia, gli elevati livelli di corruzione ed evasione fiscale e la presenza di una criminalità organizzata aggressiva richiedono un sistema antiriciclaggio particolarmente efficace.

33.10 Il sistema antiriciclaggio (gli obblighi): i pilastri del sistema di prevenzione

Il sistema antiriciclaggio si basa su quattro pilastri, ognuno dei quali è essenziale per il buon funzionamento della strategia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo.

L'adeguata conoscenza del profilo soggettivo della persona fisica o giuridica cui è riferita l'operazione e la registrazione dei dati sono attività strumentali all'individuazione e segnalazione delle operazioni sospette

33.11 La nozione di Financial Intelligence Unit (FIU)

Unità centrale nazionale

Incaricata di ricevere (se consentito richiedere), analizzare e trasmettere alle autorità competenti le SOS di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo

Requisiti delle Financial Intelligence Unit (FIU)

Caratteri inderogabili:

- Autonomia e indipendenza;
- Unicità;
- Specializzazione delle funzioni;
- Capacità di collaborazione mediante scambio di informazioni, da esercitare con modalità dirette e autonome, senza necessità di trattati internazionali o di relazioni inter-governative;
- Accesso alle informazioni finanziarie, amministrative e investigative necessarie (cd. multidisciplinarità) per una completa conoscenza dei fenomeni;
- Capacità di stipulare accordi di collaborazione (Memoranda of Understanding).

Posizione istituzionale della UIF

- Istituita presso la Banca d'Italia
- Esercita le proprie funzioni “in piena autonomia e indipendenza”
- La Banca ne disciplina con regolamento l'organizzazione e il funzionamento, attribuendo “mezzi finanziari e risorse idonei ad assicurare l'efficace perseguitamento dei fini istituzionali”
- Al Direttore “compete in autonomia la responsabilità della gestione”.
- Nomina del Direttorio B.I., su proposta del Governatore.
- Tra persone dotate di adeguati requisiti di onorabilità, professionalità e conoscenza del sistema finanziario.
- Mandato di 5 anni, rinnovabili per altri 5.

I compiti della UIF:

- A) Sul piano dei controlli:
- Riceve le SOS e ne effettua l'analisi finanziaria

- Ove necessario, acquisisce - per via cartolare o ispettiva - ulteriori dati e informazioni; accede all'AUI; consulta archivi propri e pubblici (es. anagrafe conti e depositi, anagrafe tributaria)
- Può sospendere operazioni sospette, fino a 5 gg. lavorativi
- Riceve le comunicazioni di fatti sospetti dagli uffici della P.A. e le comunicazioni «oggettive»

B) Sul piano normativo:

- Emane istruzioni sul contenuto delle SOS (in G.U.) e sulle altre tipologie di comunicazione previste dalla legge.
- Elabora e diffonde indicatori di anomalia e modelli e schemi rappresentativi di comportamenti anomali, per agevolare l'individuazione delle operazioni sospette da parte degli obbligati.

C) Sul piano statistico:

- Svolge analisi e studi su singole anomalie, specifici settori dell'economia, strumenti di pagamento e realtà economiche territoriali

La segnalazione di operazione sospetta: presupposti e criteri

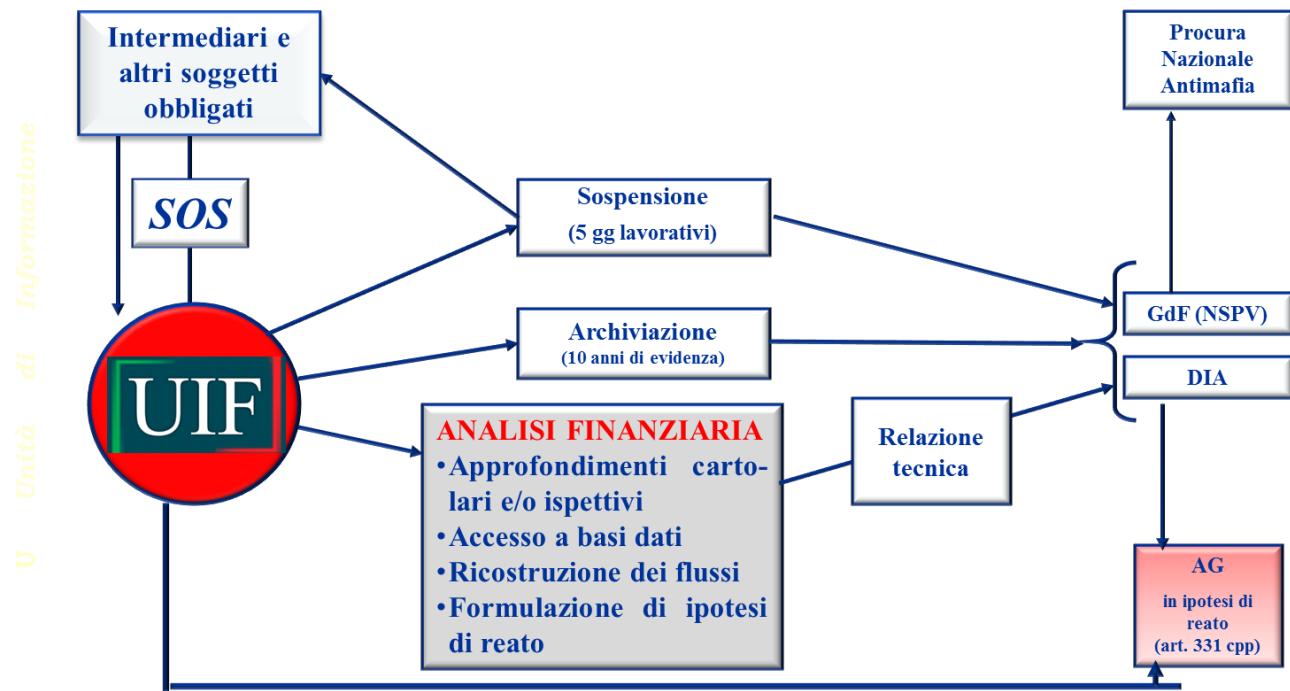
Con la segnalazione di operazioni sospette vengono portati a conoscenza della UIF fatti rilevanti per le analisi finanziarie e per i successivi approfondimenti investigativi. Le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a inviare la segnalazione di operazioni sospette quando sanno, sospettano o hanno motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso, compiute o tentate operazioni di riciclaggio di beni provenienti da un'attività criminosa (art 35 del d.lgs. 231/2007)

- La segnalazione è il risultato di un complesso processo valutativo fondato su:
- elementi oggettivi (caratteristiche, entità, natura dell'operatività, uso di contante)
- elementi soggettivi (profilo soggettivo del cliente, attività economica esercitata, capacità reddituale)
- ogni altra circostanza conosciuta dal soggetto obbligato per le funzioni esercitate

33.12 Coerenza e compatibilità

La SOS prescinde da importo operazione. Va effettuata senza ritardo. Riguarda anche operazioni tentate, comunque non concluse. Non richiede necessariamente “conoscenza” di un determinato reato. Atto distinto dalla denuncia di fatti penalmente rilevanti.

33.13 Il percorso della segnalazione di operazione sospetta



33.14. Le «comunicazioni oggettive»

Art. 47, d.lgs. 231/2007: I soggetti obbligati trasmettono alla UIF, con cadenza periodica, dati e informazioni individuati in base a criteri oggettivi, concernenti operazioni a rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

I dati e le informazioni sono utilizzati per l'approfondimento delle segnalazioni e per analisi di fenomeni o tipologie. La UIF, sentito il CSF, individua operazioni, dati e informazioni da comunicare (es. superamento di soglie, origine/destinazione dei flussi, tipologia di mittenti/ destinatari)

Sono indicati i casi in cui l'invio di una comunicazione oggettiva esclude l'obbligo di SOS.

Obiettivo => semplificare e migliorare la collaborazione attiva

Strumenti per agevolare la segnalazione

INDICATORI DI ANOMALIA

MODELLI E SCHEMI DI COMPORTAMENTO ANOMALO

Elaborati e diffusi dalla UIF

- Riducono i margini di incertezza connessi con le valutazioni soggettive del segnalante
- Di norma sono articolati in sub-indici con rinvio all'indicatore di riferimento
- Attengono al profilo soggettivo del cliente, all'incoerenza, inusualità e illogicità delle operazioni e a specifiche tipologie operative
- L'elencazione individuata non è esaustiva

Gli schemi, in particolare, rappresentano possibili fenomeni criminali o schemi contrattuali suscettibili di essere utilizzati per finalità illecite.

Gli obblighi di comunicazione a carico degli uffici della pubblica amministrazione

L'art. 10 del d.lgs. 231/2007, come modificato dal d.lgs. 90/2017, prevede l'obbligo di comunicare alla UIF dati e informazioni concernenti operazioni sospette di cui si venga a conoscenza nell'esercizio dell'attività istituzionale.

Destinatari dell'obbligo sono gli Uffici delle pubbliche amministrazioni con compiti di amministrazione attiva o di controllo nei seguenti ambiti:

- a) procedimenti per l'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, o altri vantaggi economici di a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

La UIF, in apposite istruzioni, adottate sentito il CSF, individua i dati e le informazioni da trasmettere, le modalità e i termini della relativa comunicazione nonché gli indicatori per agevolare la rilevazione delle operazioni sospette.

Istruzioni UIF sulle comunicazioni da parte delle PP.AA.

Principali contenuti

- La comunicazione prescinde da rilevanza e importo dell'operazione;
- Valutazione elementi soggettivi e oggettivi;
- E' atto distinto dalla denuncia;
- Gli indicatori riducono incertezza nella rilevazione di fatti sospetti;
- Necessaria una specifica analisi valutazione complessiva
- Definizione di soggetto cui è riferita l'operazione;
- Modalità, termini e contenuto delle comunicazioni;
- Individuazione di un «gestore».

INDICATORI:

- Connessi con il soggetto
- Connessi con le modalità delle operazioni
- Specifici per settori di attività (appalti e contratti pubblici, finanziamenti pubblici, immobili e commercio).

Art 34 Piattaforma A.N.A.C. di Acquisizione dei Piani Triennali per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza

La Piattaforma di acquisizione e monitoraggio dei Piani Triennali e delle misure di prevenzione della corruzione attivata dal primo luglio 2019 dall'ANAC ha l'obiettivo di sistematizzare le informazioni che riguardano la definizione dei piani, la

programmazione delle misure in esso contenute e la loro attuazione. Attraverso l'acquisizione di tali dati ed informazioni, l'ANAC avrà la possibilità di ottenere un feedback completo sullo stato dell'arte dell'attuazione della norma da parte di tutti i comparti, conoscerne le criticità e migliorare costantemente.

Infatti la compilazione del sistema comporterà dei vantaggi per l'Asl Napoli 3 Sud, in primo luogo si potrà avere una migliore conoscenza e consapevolezza dei requisiti metodologici più rilevanti per la costruzione del PTPC.

La registrazione, la compilazione, l'aggiornamento ed il monitoraggio è a cura del Responsabile della Prevenzione della corruzione che si può avvalere di assistenti che avranno la possibilità di entrare nel sistema sotto il profilo assistente- RPC.

ALLEGATO B

LA TRASPARENZA

Art.1 Il Piano Triennale Della Trasparenza

1.1 La Trasparenza è un livello essenziale delle prestazioni erogate dall’Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, ai sensi dell’art. 117 comma 2 lettera “m”, della Costituzione Italiana; “...è intesa come accessibilità totale (...), allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa, favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali, sull’utilizzo delle risorse pubbliche, alle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione, agli indicatori relativi ad andamenti gestionali ed all’utilizzo delle risorse per il proseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell’attività di misurazione e valutazione...”(art.11,comma 1 D.lgs. 150/09 e D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.).

1.2. E’ una nozione diversa da quella del diritto di accesso agli atti amministrativi ex art. 22 della legge 7 agosto 1990, n° 241 s.m.i. che istituisce altresì l’accesso ai documenti amministrativi (art.27, come sostituto dell’art 18 della Legge 11 febbraio 2005, n.15) attivabile solo per acquisire quei documenti necessari per azioni legali relative ad interessi individuali.

1.3. L’accessibilità totale è l’accesso da parte di chiunque a “tutte le informazioni pubbliche”, azioni che l’amministrazione deve garantire prioritariamente, favorendo da parte dei cittadini forme diffuse di controllo, nel rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità (art. 11, D.lgs. 150/09). Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall’articolo 5-bis del D.Lgs 33/2013 e s.m.i..

1.4. Il Radicamento della trasparenza riconosce a ogni cittadino una posizione qualificata rispetto all’operato dell’ASL Napoli 3 Sud. Significativa, della richiamata differenza di ratio e di consequenziale regolamentazione tra disciplina della trasparenza e disciplina sull’accesso, è la disposizione di cui all’art. 24, comma 3 della L. n° 241/90 secondo cui “non sono ammissibili istanze di accesso preordinate ad un controllo generalizzato dell’operato delle pubbliche amministrazioni” laddove, come si è detto, ai sensi dell’art.11 comma 1 del D.lgs. n° 150/09, la trasparenza è finalizzata proprio a forme diffuse di controllo sociale dell’operato delle pubbliche amministrazioni e delinea, quindi, un diverso regime di accessibilità alle informazioni.

1.5.. La nuova nozione di Trasparenza si muove su tre azioni integrate tra loro:

- A. una posizione soggettiva di controllo sociale garantita ai cittadini;
- B. uno strumento di gestione e controllo dell’azione amministrativa;

C. 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.

1.6. L'Aggiornamento del P.T.P.C.T., definisce le misure, i modi e le iniziative volte all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi di cui all'art. 43, comma 3 del D.lgs. 33/2013 e s.m.i..

1.7. Gli obiettivi indicati nel PTPCT sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell'Amministrazione definita in via generale nel Piano della Performance. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica per l'ASL NAPOLI 3 Sud che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzati e individuati, ciò significa che per ogni analisi di processo organizzativo definito a rischio di malagestio devono essere previsti obblighi di trasparenza aggiuntivi a quelli stabiliti dal D.Lgs 33/2013 e s.m.i.;

1.8. L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud garantisce la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance;

1.9. Ai fini della riduzione del costo dei servizi, dell'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni, nonché del conseguente risparmio sul costo del lavoro, si provvede annualmente ad individuare i servizi erogati, agli utenti sia finali che intermedi, ai sensi dell'art. 10, comma 5, del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279 e s.m.i. L'ASL provvede altresì alla contabilizzazione dei costi e all'evidenziazione dei costi effettivi e quelli imputati al personale per ogni servizio erogato, nonché al monitoraggio del loro andamento nel tempo.

Responsabile del Processo organizzativo succitato è la UOC Controllo di Gestione.

1.10. Nell'ambito del Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza sono specificate le modalità, i tempi di attuazione, le responsabilità individuate, gli strumenti di verifica dell'efficacia delle iniziative (ALLEGATO B1).

Art. 2 L'Integrità e la Prevenzione della Corruzione

2.1. In riferimento alla legalità ed alla cultura dell'integrità, la trasparenza, anche per il tramite della pubblicazione di determinate informazioni pubbliche risulta strumentale alla prevenzione della corruzione.

2.2. Il legame forte tra la disciplina della Trasparenza e quella della Lotta alla corruzione è ricavabile, innanzitutto dalla convenzione ONU contro la Corruzione del 31 ottobre del 2003, ratificata dall'Italia con legge 3 agosto 2009, n° 116, e Delibera Aziendale n. 974 del 3 settembre 2010 con oggetto "Presa d'atto protocollo d'intesa tra il Ministro della

Pubblica Amministrazione e l’Innovazione ed il presidente della Regione Campania per la realizzazione di un programma d’innovazione per l’azione amministrativa”, molti articoli della convenzione riportano chiaramente il legame delle discipline precise;

2.3. La trasparenza è dunque, il mezzo attraverso cui prevenire, eventualmente svelare, situazioni in cui possano annidarsi forme di illecito e di conflitto d’interesse, la scelta del governo di unire i due strumenti è per rafforzare proprio questo legame.

2.4. E’ obbligatoria l’indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. In altre parole, NELL’ALLEGATO B1, dove sono elencati gli obblighi, non potrà mancare uno schema in cui, per ciascun obbligo, siano espressamente indicati i nominativi dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività. L’Asl Napoli 3 Sud aggiorna costantemente i nomi dei responsabili considerate le complessità e le funzioni.

È in ogni caso consentita la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il responsabile in termini di posizione ricoperta nell’organizzazione, purché il nominativo associato alla posizione sia chiaramente individuabile all’interno dell’organigramma.

2.5. Nell’allegato B1 dedicato alla programmazione della trasparenza sono, inoltre, definiti, in relazione alla periodicità dell’aggiornamento fissato dalle norme, i termini entro i quali prevedere l’effettiva pubblicazione di ciascun dato nonché le modalità stabilite per la vigilanza ed il monitoraggio sull’attuazione degli obblighi.

2.6. La Legge n° 190 del 2012 sulla Prevenzione della Corruzione ed il Decreto legislativo n° 33 del 2013 sulla Trasparenza, modificati dal D.L.gs 97/2016 (Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche), hanno dato vigore e motivazione al fine di rafforzare tutte le azioni messe in campo per la partecipazione democratica di tutti i portatori d’interesse alla vita amministrativa della pubblica amministrazione.

2.7. Nel PTPCT è evidente il rapporto forte tra Prevenzione della Corruzione e pubblicazioni di informazioni inerenti i processi organizzativi a rischio di "malagestio" ove più facilmente la corruzione possa insidiarsi, concretizzata con la programmazione di azioni ed impegni per la pubblicazione obbligatoria sul sito istituzionale di informazioni previste dalla normativa, prevedendo inoltre pubblicazioni aggiuntive proposte grazie ad un coinvolgimento di tutti i portatori d’interesse;

2.8. E’ previsto l’inserimento degli obblighi e degli obiettivi del Piano Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza negli obiettivi aziendali del Piano della Performance, l’intento è quello di dare maggiore impulso con, finalmente, un coinvolgimento di tutti i

dipendenti che vedranno collegati gli obiettivi di Trasparenza e di Prevenzione della Corruzione al salario di risultato.

È da rilevare che nel Codice di Comportamento aziendale (Delibera n° 813 del 5 dicembre 2013) sono inseriti e messi in evidenza l'importanza degli impegni del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

Art. 3 Ulteriori azioni di Trasparenza

Nella sezione Altri contenuti in Amministrazione trasparente sono pubblicati ulteriori obblighi di trasparenza individuati proprio nell'approfondimento di processi organizzativi ritenuti a rischio di malagestio.

Art. 4 Accesso Civico

4.1. La disciplina dell'accesso civico è stata rafforzata dalle modifiche espresse dal D.Lgs. 97/2016. Tale nuova tipologia di accesso (detto “accesso generalizzato”), delineata nel novellato art. 5, comma 2 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i, ai sensi del quale “chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis”, si traduce in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

4.2. L'art.5, comma 1 del D.lgs. 33 /2013 stabilisce che l'Accesso Civico è lo strumento che permette ai cittadini di esercitare il diritto costituzionale alla Trasparenza, infatti attraverso l'Accesso Civico, il legislatore ha inteso ampliare i confini tracciati dalla legge n°241 del 1990. L'accesso generalizzato deve essere però tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241. La finalità dell'accesso agli atti ex l. 241/90 è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex lege 241/90 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un «interesse

diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso».

4.3. Dunque, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/90 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi.

Tenere ben distinte le due fattispecie è essenziale per calibrare i diversi interessi in gioco allorché si renda necessario un bilanciamento caso per caso tra tali interessi. Tale bilanciamento è, infatti, diverso:

- nel caso dell'accesso 241/90, la tutela può consentire un accesso più in profondità a dati pertinenti;
- nel caso dell'accesso generalizzato “Accesso Civico”, dove le esigenze di controllo diffuso del cittadino devono consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni.

4.4. A questa impostazione consegue, il rovesciamento della precedente prospettiva che comportava l'attivazione del diritto di accesso civico solo strumentalmente all'adempimento degli obblighi di pubblicazione; ora l'accesso civico, è la libertà di accedere ai dati e ai documenti, in analogia agli ordinamenti aventi il Freedom of Information Act (FOIA), ove il diritto all'informazione è generalizzato e la regola generale è la trasparenza mentre la riservatezza e il segreto l'eccezione.

In coerenza con il quadro normativo, il diritto di accesso civico generalizzato si configura - come il diritto a titolarità diffusa, potendo essere attivato “da chiunque” e non essendo sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. A ciò si aggiunge un ulteriore elemento, ossia che l'istanza “non richiede motivazione”. In altri termini, tale nuova tipologia di accesso civico risponde all'interesse dell'ordinamento di assicurare ai cittadini, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridiche soggettive, un accesso a dati, documenti e informazioni detenute da pubbliche amministrazioni e dai soggetti indicati nell'art. art. 2-bis del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016.

Inoltre l'obbligo previsto dalla normativa vigente 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.

4.5. L'ASL Napoli 3 Sud riconoscendo ai portatori di interesse il ruolo attivo per contribuire al cambiamento migliorativo, sotteso alla normativa in materia di prevenzione della Corruzione, ha disposto, già dal 7 maggio 2013, la pubblicazione del LINK Accesso Civico sull'home page del sito istituzionale, nel link è stata prevista anche idonea modulistica.

4.6. Per presentare la richiesta di accesso generalizzato non è necessario fornire una motivazione: tutti i soggetti cui si applica il diritto di accesso generalizzato sono tenuti a prendere in considerazione le richieste di accesso generalizzato, a prescindere dal fatto che queste rechino o meno una motivazione o una giustificazione a sostegno della richiesta. Con la richiesta di accesso generalizzato possono essere richiesti i documenti, dati e informazioni in possesso dell'amministrazione.

Questa Azienda:

- non è tenuta 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 tenuta 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;
- sono ammissibili, 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

4.7. La richiesta di accesso generalizzato deve identificare i documenti e i dati richiesti. Ciò significa che la richiesta deve indicare i documenti o i dati richiesti, ovvero che la richiesta consente all'amministrazione di identificare agevolmente i documenti o i dati richiesti.

Devono essere ritenute inammissibili le richieste formulate in modo così vago da non permettere all'amministrazione di identificare i documenti o le informazioni richieste. In questi casi, l'amministrazione destinataria della domanda dovrebbe chiedere di precisare l'oggetto della richiesta.

L'amministrazione è tenuta a consentire l'accesso generalizzato anche quando riguarda un numero cospicuo di documenti ed informazioni, a meno che la richiesta risulti manifestamente irragionevole, tale cioè da comportare un carico di lavoro in grado di interferire con il buon funzionamento dell'amministrazione. Tali circostanze, adeguatamente motivate nel provvedimento di rifiuto, devono essere individuate secondo un criterio di stretta interpretazione, ed in presenza di oggettive condizioni suscettibili di pregiudicare in modo serio ed immediato il buon funzionamento dell'amministrazione.

L'istanza può essere trasmessa per fax, email ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici: a) all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti; b) alla UOC Relazioni con il Pubblico in qualità di responsabile della Trasparenza, ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs 33/2013 e s.m.i..

4.8. 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.

4.9. L'Asl Napoli 3 Sud, se individua soggetti controinteressati, è tenuta a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento, o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione. Entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione, i controinteressati possono presentare una motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di accesso. A decorrere dalla comunicazione ai controinteressati, il termine di trenta giorni è sospeso fino all'eventuale opposizione dei controinteressati, decorso tale termine l'Asl Napoli 3 sud provvede sulla richiesta.

Laddove la richiesta di accesso generalizzato possa incidere su interessi connessi alla protezione dei dati personali, o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali), l'Asl Napoli 3 sud deve darne comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento (o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione).

Il soggetto controinteressato può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso generalizzato, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso generalizzato. Decorso tale termine, l'amministrazione provvede sulla richiesta di accesso generalizzato, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato.

Il procedimento di accesso civico si conclude con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati. In caso di accoglimento, questa amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti, ovvero, nel caso in cui l'istanza riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs 33/2013 e s.m.i., a pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e a comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione dello stesso, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale. In caso di accoglimento della richiesta di accesso civico nonostante l'opposizione del controinteressato, salvi i casi di comprovata indifferibilità, questa amministrazione ne dà comunicazione al controinteressato e provvede a trasmettere al richiedente i dati o i documenti richiesti non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato.

Il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi e ai limiti stabiliti dal presente piano.

4.10. L'Asl Napoli 3 Sud ha disposto che:

- a) tutti i responsabili di struttura, in ottemperanza a quanto stabilito nell'art.5 del D.lgs. 33/13 e s.m.i, devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto delle norme di riferimento ed inoltre sono tutti coinvolti nel garantire gli impegni presi circa il rispetto dei tempi di attesa di trasmissione dati, informazioni e documenti richiesti ai sensi dell'articolo succitato;
- b) alla pubblicazione sul sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto entro un tempo massimo di trenta giorni, individuando questo tempo di attesa quale standard aziendale con una diffusa responsabilità ascritta ai singoli responsabili di struttura, nel caso il documento richiesto non sia pubblicato;
- c) se il documento, l'informazione o il dato richiesti risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'ASL Na 3 Sud, per il tramite dell'UOC Relazioni Pubbliche/Responsabile della Trasparenza, si impegna entro 7 giorni lavorativi (la normativa non prevede nessun tempo), ad indicare al richiedente il relativo collegamento ipertestuale. Questo standard è obiettivo dell'UOC Relazioni con il Pubblico/Trasparenza.

4.11. Il responsabile della Trasparenza direttore Unità Operativa Relazioni con il Pubblico segnalerà alla Direzione Strategica aziendale, i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

4.12. Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato di trenta giorni, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni. Se l'accesso è stato negato o differito a tutela degli interessi di cui all'articolo 5-bis, comma 2, lettera a del D.Lgs 33/2013 e s.m.i.), il suddetto responsabile provvede sentito il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro il termine di dieci giorni dalla richiesta. A decorrere dalla comunicazione al Garante, il termine per l'adozione del provvedimento da parte del responsabile è sospeso, fino alla ricezione del parere del Garante e comunque per un periodo non superiore ai predetti dieci giorni. Avverso la decisione dell'amministrazione competente o, in caso di richiesta di riesame, avverso quella del responsabile della trasparenza, il richiedente può proporre ricorso al Tribunale amministrativo regionale ai sensi dell'articolo 116 del Codice del processo amministrativo di cui al decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104.

4.13. L'ASL Napoli 3 Sud valuterà se attivare eventuali procedimenti disciplinari, applicando in tal modo quanto indicato dall'art.43 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., e secondo il regolamento aziendale vigente;

4.14. l'Organismo Indipendente di Valutazione utilizza i dati e le informazioni relative agli obblighi di trasparenza anche per la valutazione della performance organizzativa ed individuale del Responsabile della Trasparenza e di tutti i responsabili di struttura obbligati alla trasmissione e pubblicazione dei dati.

Art. 5 Responsabile della Trasparenza

5.1. l'Atto Aziendale (DCA 39/2017) ha confermato quale responsabile Aziendale della Trasparenza il Direttore di Unità Operativa complessa "Relazioni con il Pubblico" con Funzioni di coordinamento di tutte le azioni aziendali riferite alla Trasparenza, alla Pubblica Tutela, alla Comunicazione Istituzionale, all'Ufficio Stampa e con responsabilità riferite al C.M.S. (Content System Management) del Sito Istituzionale.

5.2. Il responsabile individuato è il referente del procedimento di formazione, adozione e attuazione della Trasparenza 2020-21-22 e dell'intero processo di sostegno per la realizzazione di tutte le iniziative volte nel loro complesso a garantire un adeguato livello di trasparenza e di controllo anche ai fini dell'attribuzione del salario accessorio.

5.3. Tale responsabilità graverà sul responsabile Trasparenza come sopra indicato, unitamente al responsabile del procedimento e/o dei procedimenti in relazione ai quali si sia verificata la violazione dell'obbligo di trasparenza.

5.4. Il Responsabile della Trasparenza segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e dal PTPCT vigente, all'Ufficio procedimenti disciplinare, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.

5.5. Il Responsabile della Trasparenza segnala altresì gli inadempimenti alla Direzione Strategica, all'O.I.V. ed alla UOC di riferimento per l'inserimento nel fascicolo personale.

Art. 6 Violazioni degli obblighi di Trasparenza – Sanzioni

6.1. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente o la mancata predisposizione del PTPCT costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili e del personale tutto.

6.2. Il Responsabile del procedimento di pubblicazione non risponde all'inadempimento degli obblighi previsti dalla norma se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

Art. 7 Compiti dell’Organismo Indipendente di valutazione

7.1 L’Organismo Indipendente di Valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT ed il Piano della Performance, valutando altresì l’adeguatezza dei relativi indicatori.

7.2. L’OIV (D.Lgs. 150/2009):

- utilizza le informazioni ed i dati relativi all’attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e della valutazione delle performance organizzativa, ed individuale dei dirigenti responsabili di struttura e di tutto il personale dipendente.
- Valuta gli obblighi di pubblicazione;
- Verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione e della trasparenza siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l’Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti. L’Organismo medesimo riferisce all’Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Art.8 Compiti dell’Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle Amministrazioni Pubbliche (ANAC)

8.1. L’ANAC, in qualità di:

- Autorità Nazionale Anticorruzione, controlla l’esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi mediante la richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle amministrazioni pubbliche e ordinando l’adozione di atti o provvedimenti richiesti dalla normativa vigente, ovvero la rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza;
- Controlla l’operato dei responsabili della Prevenzione della Corruzione e/o della Trasparenza (se diversi) a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all’interno delle amministrazioni. L’ANAC può inoltre chiedere all’organismo indipendente di valutazione (OIV) ulteriori informazioni sul controllo dell’esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente può inoltre avvalersi delle banche dati istituite presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione

Pubblica per il monitoraggio degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

8.2. In relazione alla loro gravità, l'ANAC segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente all'ufficio di disciplina dell'amministrazione interessata ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare a carico del responsabile o del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni. L'ANAC segnala altresì gli inadempimenti ai vertici delle amministrazioni, gli OIV e, se del caso, alla Corte dei Conti, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Art. 9 La Partecipazione ed il Coinvolgimento dei Portatori di interesse.

9.1. L'adozione del PTPCT, l'adozione degli standard di qualità, la semplificazione delle procedure, l'informazione ai cittadini, il rapporto con chi rappresenta gli interessi dei predetti, il dovere di valutazione della qualità percepita dai cittadini attraverso il percorso dei reclami, della metodologia della customer satisfaction, oltre a quella dell'audit civico costituiscono le azioni messe in campo dall'ASL Napoli 3 Sud in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione per garantire il coinvolgimento dei cittadini.

9.2. Il sistema di garanzie previsto da tutte le norme di riferimento del sistema sanitario si fonda sul ruolo attivo del cittadino, implicando un rapporto equo e costante tra l'Azienda Sanitaria e tutti i portatori d'interesse.

9.3. Un'efficace comunicazione è uno strumento ulteriore di partecipazione attiva dei cittadini, che si integra con tutte le informazioni previste per il D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. sulla Trasparenza dell'Azione Amministrativa.

Art. 10 Carta dei Servizi

10.1. La Carta dei Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, adottata con Delibera n. 194/2016, verifica se stessa apportando, anno per anno, i cambiamenti necessari per raggiungere una funzionalità sempre migliore, grazie alle segnalazioni di disservizi e disagi segnalati dai cittadini stessi.

È un'occasione per l'Azienda di mettere in pratica o rafforzare forme di collaborazione con le associazioni di volontariato e di tutela dei cittadini.

10.2. La Carta dei Servizi introdotta nel nostro Paese con la Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 Principi sull'erogazione dei servizi pubblici - è stata poi resa vincolante dalla Legge del 11 luglio 1995 n. 273 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, recante misure urgenti per la

semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni.

È lo strumento principale per il riconoscimento del ruolo del cittadino, quale soggetto attivo sia in termini di partecipazione democratica alla scelta di politica sanitaria sul territorio, per un controllo diffuso non solo in termini di qualità; percepita, ma soprattutto ai fini dell'utilizzo delle risorse assegnate al management aziendale in termini economici, finanziari, patrimoniali.

10.3. La riforma della Pubblica Amministrazione (D.lgs. 150/2009 e s.m.i.), la Legge sulla Prevenzione della Corruzione (L. n. 190/2012 e s.m.i.) ed il D.lgs. sulla Trasparenza n. 33/2013 e s.m.i., hanno dato vigore e nuovo impulso al processo di controllo diffuso per promuovere la cultura della cittadinanza attiva ai fini della partecipazione al miglioramento dei servizi pubblici.

10.4. La Carta dei Servizi è uno degli strumenti cardine della performance organizzativa dell'Asl Napoli 3 Sud, a cascata 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, necessaria premessa anche all'accesso al salario di risultato.

La Carta dei Servizi dell'Asl Napoli 3 Sud 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.

10.5. Tutti gli operatori di questa azienda avranno quale compito quello di apprendere, attuare e sostenere la metodologia succitata ai fini dell'assunzione degli impegni e degli obiettivi dell'Asl Napoli 3 Sud.

La carta si articola in quattro sezioni:

- Nella prima sezione l'Azienda si presenta, dichiara i suoi fini istituzionali e i principi fondamentali che devono ispirare l'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- Nella seconda sezione vengono indicate tutte le strutture e i servizi, le modalità di accesso e come fruire delle prestazioni sanitarie che vengono offerte;
- Nella terza sezione l'Azienda delinea i suoi obiettivi, gli impegni programmatici ed infine indica con quali meccanismi monitora i risultati (standard) al fine di poter verificare e controllarne l'attività;
- Nella quarta sezione si parla dei meccanismi di tutela del cittadino.

10.6. La Carta dei servizi aziendali è lo strumento finalizzato alla promozione e diffusione, sia verso i clienti interni che esterni della metodologia che deve essere adottata per la definizione degli standard di qualità dei servizi, che verranno assunti quali impegni

formali dall'ASL con l'adozione delle Carte dei Servizi per aree di Bisogno e per struttura, da inserire negli obiettivi del piano della Performance anni 2017/19 (Aree di bisogno individuate: Minori, Coppia e Famiglia – Disabili – Anziani – Assistenza Domiciliare – Salute Mentale - Dipendenze – Ospedali- Assistenza Primaria).

Art. 11 Giornate della Trasparenza

La Giornata della Trasparenza e dell'Integrità, in base alle nuove scadenze dettate dall'A.N.A.C. sarà organizzata entro il 2020, al finanziamento dell'iniziativa si provvede con il budget assegnato ai fini della formazione aziendale, responsabile dell'organizzazione il Direttore UOC Relazioni con il Pubblico nella funzione di Responsabile della Trasparenza, con il supporto della UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane.

Art.12 Regolamento Pubblica Tutela

12.1. La Delibera n° 424 del 12 luglio 2012 “Revoca della delibera n° 5 del 12 ottobre 2011” ha adottato il nuovo regolamento aziendale di Pubblica Tutela, procedura inserita nel processo di certificazione dei servizi veterinari.

12.2. Il reclamo, il suggerimento e l'encomio devono essere intesi come uno strumento gestionale che s'inquadra nell'ambito del processo di riorganizzazione e miglioramento del Sistema Sanitario.

12.3. Il reclamo è uno strumento volto all'attenzione di un percorso più ampio di miglioramento della qualità del servizio che quindi, non cerca solo il responsabile,(così come l'encomio non è un premio, ma analizza i fattori di forza) ma analizza la qualità percepita dai cittadini, sono sensori e segnali che tastano il polso della soddisfazione e che mettono in luce la disponibilità dell'Azienda ad avviare da una parte i necessari meccanismi di comunicazione e tutela con il cittadino e dall'altra, gli incentivi ed i correttivi organizzativi interni della struttura che permettono il ripetersi di situazioni di disservizio.

12.4. Il monitoraggio dei reclami è pubblicato nel Link Relazioni Pubbliche del sito istituzionale www.aslnapoli3sud.it inoltre dal 2016 e presentato nella Conferenza dei Servizi ex art. 14 del D.lgs n. 502/92.

Art. 13 Rapporti con le Associazioni di Volontariato

13.1. Lo Stato Italiano con la legge n° 266 dell'11/08/91 “Legge Quadro sul Volontariato” ha riconosciuto il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo proponendosi di promuovere lo

sviluppo per il conseguimento delle finalità di carattere sociale, civile e culturale, inoltre la regione Campania, in osservanza alla legge su citata ha promulgato la Legge regionale n° 09 del 1993 “Legge regionale sul Volontariato “ed il regolamento attuativo D.P.G.R.C.

13.2. L’Asl Napoli 3 Sud in ottemperanza alle predette normative ha adottato la delibera n° 117 del 19 marzo 2013 lo schema unico aziendale di convenzione per le attività di Volontariato, adottando inoltre le Linee Guida del Ministero della Salute ove sono indicati suggerimenti per i volontari al fine di collaborare per la sicurezza dei pazienti, dei visitatori, del personale, all’interno delle attività di prevenzione del rischio clinico.

13.3. Per il 2020 è previsto un aggiornamento del censimento in tutte le strutture aziendali al fine di conoscere tutte le associazioni di volontariato e di tutela presenti nel vasto territorio di competenza, al fine di uniformare le modalità di comportamento, ma anche per valutare i requisiti in possesso delle stesse associazioni.

Art.14 Guide ai Servizi

Si confermano le linee guida del 2020 per la pubblicazione sul portale dell’ASL Napoli 3 Sud delle informazioni da garantire concernenti ogni aspetto dei Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti e strutture centrali, al fine di uniformare il modello aziendale per la presentazione delle guide ai servizi delle singole strutture aziendali, il rispetto degli impegni così stabiliti è inserito quale standard nel Piano della Performance. (Linee Guida allegato n° B2).

Art.15 Gli obblighi

15.1. Il PTPCT individua gli obblighi relativi alla propria organizzazione per tutte le procedure amministrative, le prestazioni erogate, le modalità per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria.

15.2. La pubblicazione deve essere in conformità alle specifiche regole tecniche (inserite nell’allegato “A” ed Allegato B del D.lgs. 33/013 così modificato dal D.L.gs 97/2016) riferiti ai documenti, informazioni dati concernenti l’organizzazione di tutto il sistema sanitario del territorio di competenza cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai siti direttamente ed immediatamente senza autenticazione ed identificazioni;

15.3. Gli obblighi, le responsabilità ed i tempi sono individuati nell’allegato n° B1.

Art.16 Pubblicità e diritto alla conoscibilità

16.1. Tutti i documenti, le informazioni ed i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblici e chiunque ha diritto di conoscerli e riutilizzarli.

16.2. Tutti i dati resi disponibili sono pubblicati in formato tipo aperto ai sensi dell'art. 69 del codice dell'Amministrazione digitale, di cui al D.lgs. 7/03/05, n° 82 e s.m.i., e sono riutilizzabili ai sensi del D.lgs. 24/01/06 n° 36 e della normativa vigente in materia di Privacy senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare fonti e di rispettare l'integrità.

Art. 17 Limiti della trasparenza

17.1. Gli obblighi di pubblicazione dei dati personali diversi dai dati sensibili e dai dati giudiziari di cui al GDPR 679/2016 comportano la possibilità di una diffusione dei dati medesimi attraverso siti istituzionali, nonché il loro trattamento secondo modalità che ne consentano la indicizzazione e la rintracciabilità tramite i motori di ricerca web ed il loro riutilizzo ai sensi dell'art. 7 del D.lgs 33/2013 e s.m.i. e quindi pubblicati in formato aperto ai sensi dell'art 68 del codice dell'Amministrazione digitale n° 82/05 e s.m.i. e del D.lgs. n° 36 /06, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e rispettarne l'integrità.

17.2. Nei casi in cui norme di legge, o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, sensibili giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione.

17.3. Le notizie concernenti lo svolgimento delle prestazioni di chiunque sia addetto a una funzione pubblica e la relativa valutazione sono rese accessibili. Non sono invece ostensibile, se non nei casi previsti dalla legge, le notizie concernenti la natura delle infermità e lavoro, nonché le componenti della valutazione o le notizie concernenti il rapporto di lavoro tra il predetto dipendente e l'amministrazione idonee e rilevare taluna delle informazioni di cui all'art. 4, comma 1, lettera d del decreto legislativo. n.196 del 2003.

17.4. Rimangono fermi i limiti alla diffusione e all'accesso delle informazioni di cui all'art. 24, comma 1 e 6, della legge 7 agosto 1990, n.241, e successive modifiche, di tutti i dati di cui all'art. 9 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, di quelli previsti dalla normativa Europea materia in di tutela del segreto statistico e di quelli che siano espressamente qualificati come riservati dalla normativa nazionale ed Europea in materia statistica, nonché quelli relativi alla diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

Art. 18 Decorrenza e durata dell’obbligo di pubblicazione

- A. I documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatori sono pubblicati tempestivamente sul sito Istituzionale.
- B. I documenti contenenti altre informazioni obbligatorie sono inoltre pubblicati e mantenuti aggiornati.
- C. I dati, le informazioni ed i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni decorrenti dal 1° gennaio dell’anno successivo a quelle da cui decorre l’obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono gli effetti fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali;
- D. I responsabili delle strutture in possesso delle informazioni richiedono la pubblicazione al direttore UOC Relazioni con il Pubblico con richiesta formale specificando il link dove i dati devono essere pubblicati.

Art. 19 Trasparenza e Privacy – Le Disposizioni del Garante Privacy

Il Garante della Privacy ha emanato le “linee guida” in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi effettuati da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web. (G.U. n.134 del 12/06/2014).

Bisogna distinguere, considerato il diverso profilo giuridico le disposizioni che:

- a) Regolano gli obblighi di pubblicità dell’azione amministrativa per finalità di trasparenza;
- b) Regolano forme di pubblicità per finalità diverse (pubblicità legale/Albo Pretorio Informatico).

Nel presente piano si approfondiscono le problematiche relative all’applicazione degli obblighi del Dlgs 33/2013 e s.m.i.

19.1 Pubblicità per finalità di Trasparenza

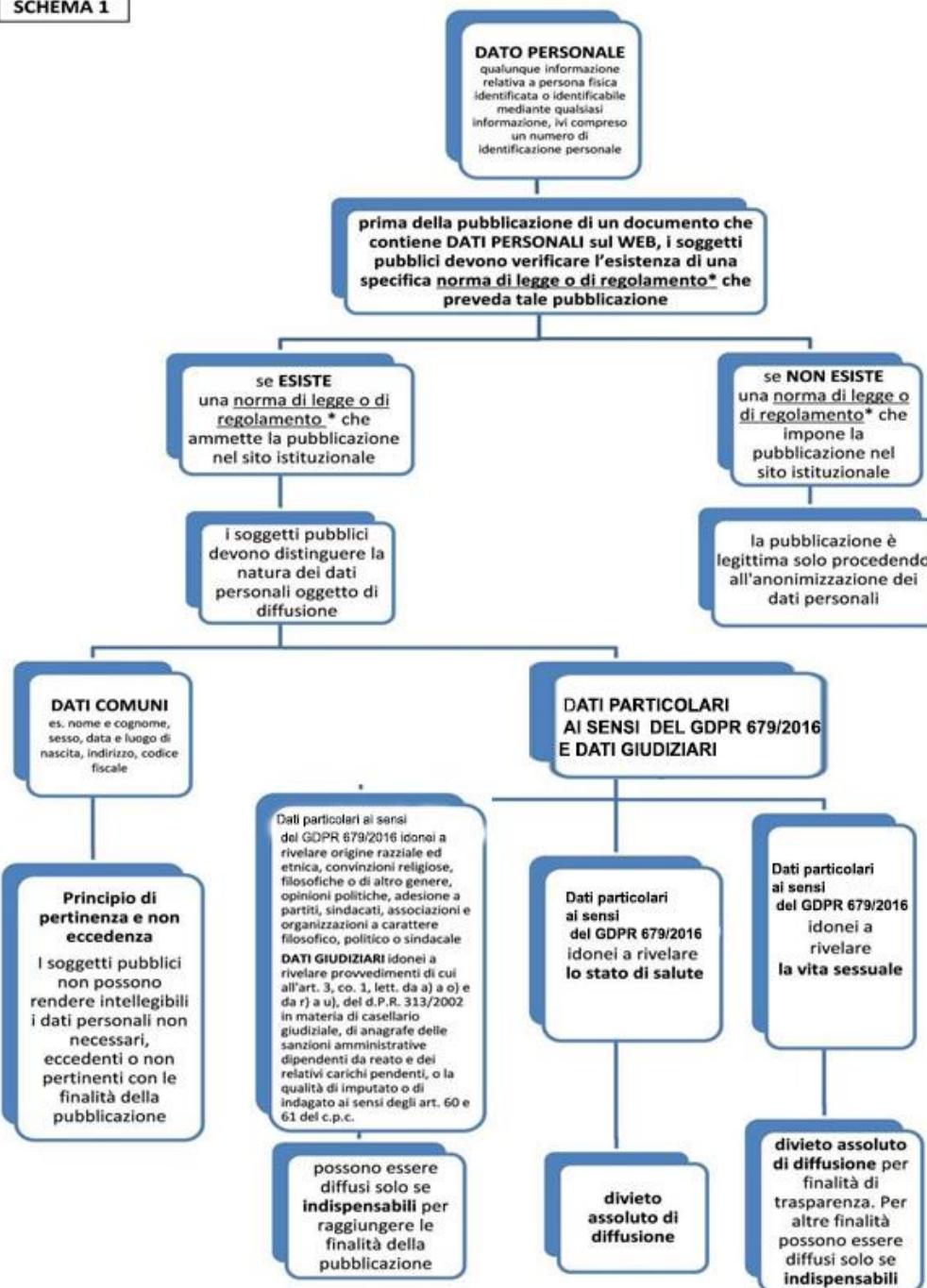
Il Decreto Legislativo 33/2013 e s.m.i. ha quale oggetto l’individuazione degli obblighi di trasparenza concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni e che (art. 2 comma 1, ed art. 3) “tutti i documenti le informazioni ed i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblici e chiunque ha diritto di conoscerle, di fruire gratuitamente e utilizzarli e riutilizzarli ai sensi dell’art. 7”;

- La tipologia dei predetti obblighi di pubblicazione per finalità di trasparenza concernenti l'organizzazione e le attività dell'ASL è schematicamente assunta nell'allegato "B1" del presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza secondo gli obblighi di pubblicazione previsti nell'allegato al D.Lgs. 33/2013 e s.m.i..
- È qui che si comprende come la sezione Amministrazione Trasparente deve essere organizzata in sotto sezioni all'interno delle quali devono essere inseriti i documenti, le informazioni ed i dati previsti dallo stesso decreto. La minuziosa definizione degli obblighi classificati nell'allegato al decreto 33/2013 e s.m.i. ci conduce quindi ad escludere dagli obblighi di trasparenza l'obbligo della Pubblicazione all'albo pretorio aziendale che, si ricorda assolve all'obbligo di pubblicità legale ed è regolamentato da diversa disciplina (Nell'ASL Napoli 3 Sud è infatti regolamentato con atto n° 329 del 20 dicembre 2016);
- I principi e la disciplina della protezione dei dati personali devono essere rispettati anche nell'attività di pubblicazione di dati sul web per finalità di trasparenza. Nel rimandare alla specifica definizione di dati alla normativa vigente in materia di Privacy è utile sottolineare che la diffusione di dati personali, ossia "il dare conoscenza dei dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione da parte dell'ASL è ammessa unicamente quando la stessa è prevista dalla normativa vigente in materia di Privacy L'ASL Napoli 3 Sud e la dirigenza responsabile della pubblicazione degli atti per gli incarichi affidati si impegna a verificare che la normativa in materia di Trasparenza preveda l'obbligo di pubblicazione e che i contenuti degli atti amministrativi siano coerenti con le linee guida emanate dal Garante Privacy;
- Tuttavia, in ossequio alla nuova disciplina privacy europea e alla nuova disciplina privacy nazionale adeguata alla prima, nonché alla luce delle linee guida del garante, già oggetto di richiamo l'interno del presente documento di cui all'art. 52, si darà seguito alla valutazione, anche caso per caso, e secondo il dettato dell'art. 5 del GDPR ad eventuali operazioni di oscuramento di "categorie particolari di dati personali" di cui all'art. 9 del GDPR;
- L'ASL Napoli 3 Sud si impegna a ridurre al minimo l'utilizzazione dei dati personali e di dati identificativi ed identificare il relativo trattamento quando le finalità perseguiti nei singoli casi possano essere realizzate mediante dati anonimi o altre modalità che permettono di identificare l'interessato solo in caso di necessità. Pertanto anche in presenza degli obblighi di pubblicazione di atti o documenti contenuti nel D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. l'ASL Napoli 3 Sud si impegna a non rendere intellegibile i dati personali non pertinenti oppure se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto delle specifiche finalità di Trasparenza della pubblicazione. Sarà consentita la diffusione dei soli dati personali la cui inclusione in atti e documenti da pubblicare sia strettamente necessaria

e proporzionata alla finalità di trasparenza perseguita dal caso concreto. È sempre vietata la diffusione di dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

□ Per esigenza di chiarezza si riporta lo schema 1 allegato al provvedimento del Garante della privacy.

SCHEMA 1



* N.B. Si precisa che la diffusione di dati comuni è ammessa solo se prevista da una norma di legge o di regolamento, mentre la diffusione di dati particolari ai sensi del GDPR 679/2016 o giudiziari è ammessa se prevista espressamente solo da una norma di legge.

19.2. Aggiornamento obblighi di pubblicazione dei curricula professionali (Art. 15, comma 1 lett. B D.Lgs 33/2013 e s.m.i.).

La disciplina obbliga la pubblicazione del curriculum vitae redatto dal vigente modello europeo (Art. 15, comma 1 lett. b e art. 41 comma 3 D.Lgs 33/2013 e s.m.i.).

Nell' ASL Napoli 3 Sud sono obbligati a pubblicare il proprio Curriculum Vitae:

- Il Direttore Generale o Commissario Straordinario;
- Il Direttore amministrativo o Sub Commissario amministrativo;
- Il Direttore sanitario o sub commissario sanitario;
- I componenti del collegio sindacale;
- I componenti O.I.V.;
- I direttori di struttura complessa;
- I dirigenti responsabili di unità operativa semplice dipartimentali;
- Il responsabile della Trasparenza se diverso da responsabile di Struttura;
- Il responsabile della Prevenzione della corruzione;
- Responsabili di commissioni aziendali;
- Componenti Comitato Etico e tutti i dipendenti che per la specificità degli obiettivi assegnati potranno assumere ruoli o posizioni specifiche e quindi tutti i dipendenti che ricoprono una posizione organizzativa o coordinamento secondo il C.N.L. vigente del comparto sanità.

È il direttore dell'UOC GRU che comunica al responsabile dell'UOC Relazioni con il Pubblico, responsabile della trasparenza, l'elenco nominativo del personale obbligato alla pubblicazione dei propri curriculum entro il 28 febbraio di ogni anno.

Il direttore UOC GRU sarà responsabile del monitoraggio della veridicità di quanto dichiarato nei curricula pubblicati.

I curricula non dovranno contenere dati personali. (Tel. Personale, e-mail personale, codice fiscale, indirizzi privati).

19.3. Per gli obblighi di pubblicazione concernenti i provvedimenti amministrativi

(ad es. concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressione di carriera all'art. 23 del D.lgs 33/2013 e s.m.i., ove si prevede la pubblicazione obbligatoria di elenchi dei provvedimenti adottati dalla direzione generale, in attuazione delle linee guida del Garante Privacy, tutti i dirigenti responsabili di procedimenti relativi

ai concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressione di carriera dovranno attenersi a quanto disposto dal garante della privacy nelle linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi effettuati da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web. (G.U. n.134 del 12/06/2014).

Art. 20. Pubblicazione dati patrimoniali dirigenza SSN.

L'ANAC con Delibera n. 1126 del 4 dicembre 2019 ha rinviato al 1 marzo 2020 l'avvio dell'attività di vigilanza sull'applicazione dell'art. 1 comma f del D.Lgs 33/2013 con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti dipendenti e ha sospeso l'efficacia della Delibera n. 586/2019 limitatamente all'applicazione dell'art. 1 comma 1 lettera f del d.lgs. 33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa.

Art.21 Qualità delle informazioni

21.1. L'Azienda Sanitaria garantisce la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali ne rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge assicurando:

- L'Integrità;
- Il costante aggiornamento;
- La Completezza;
- La tempestività;
- La semplicità di consultazione;
- La comprensibilità;
- L'omogeneità;
- La facile accessibilità.

21.2. Tutti i direttori responsabili di struttura concorrono ai fine della citata garanzia di qualità.

Art. 22 Accessibilità delle informazioni

A. Al fine di semplificare l'accessibilità di tutte le informazioni obbligatorie previste dal presente piano sul sito istituzionale dell'ASLNAPOLI3SUD è attiva una apposita sezione denominata Amministrazione Trasparente;

B. E' assolutamente vietato disporre filtri ed altre soluzioni tecniche atte ad impedire i motori di ricerca web di indirizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione Amministrazione Trasparente.

C. Alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione previsto per singolo provvedimento anche ai sensi di regolamenti aziendali il sito è organizzato in specifiche sezioni di archivio collocate e debitamente segnate nell'ambito della sezione Amministrazione Trasparente.

D. Responsabile della gestione degli archivi informatici è individuato il Direttore UOC Sistemi Informatici I.T.C. (Delibera n. 4/2016), che avrà cura di predisporre il regolamento di gestione secondo le normative vigenti.

Art. 23 Tutela giurisdizionale

23.1. Le controversie relative agli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente sono disciplinate dal D.lgs. 2 luglio 2010, n° 104.

Art. 24 Norme di Rinvio

24.1. Per tutto quanto non previsto dal presente PTPCT si rimanda al Dlgs n° 33/2013 e s.m.i. ed alle direttive dell'ANAC, del Dipartimento della Funzione Pubblica e della Regione Campania sull'argomento.

Allegato B1

“Obblighi di pubblicazione D.L.gs 33/2013 e s.m.i.”

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (<i>link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</i>)	Annuale	RESP. PREV. CORRUZIONE Per il tramite UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO Inserimento Piattaforma ANAC
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo	UOC AFFARI ISTITUZIONALI E SEGRETERIE
			Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo	
			Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo	
	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione (Sistema Sanitario Regionale)	Tempestivo	
	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Disposizioni generali	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Tutte le UUO OCC per i Dipartimenti i Direttori devono occuparsi di coordinare le attività

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo	LEGALE RAPPRESENTANTE Trasmette UOC Affari Istituzionali
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Tempestivo	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo	
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo	
			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Tempestivo		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	LEGALE RAPPRESENTANTE Trasmissione UOC Affari Istituzionali

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
		Art. 3, l. n. 441/1982	secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae		
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web) Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)		
			4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo	RAPPRESENTANTE LEGALE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo	UUOOCC UUOOSSDD
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo	UOC Relazioni con il Pubblico
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo	UOC GRU UUOOCC UUOOSSDD
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo	UOC SISTEMI INFORMATICI ITC

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza (Da pubblicare in tabelle)	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo	UUO OCC UUO OSS DDD (PUBBLICAZIONE IN PER LAPA) <i>A cura della UOC Affari Generali ed UOC GRU</i>
			Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo	Per i conflitti d'interesse tutti i direttori uu.oo.cc. Coordina le attività al UOC GRU Che trasmette alla UOC Relazioni con il Pubblico.
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (Da pubblicare in tabelle)		Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica Direttori Dipartimenti/UUOCCC UUOSSD
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica Direttori Dipartimenti/UUOCCC UUOSSD
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica Direttori Dipartimenti/UUOCCC UUOSSD
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica Direttori Dipartimenti/UUOCCC UUOSSD
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Strategica Direttori Dipartimenti/UUOCCC UUOSSD

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	L'obbligo nell'ASL Napoli 3 Sud è a carico solo del Direttore generale.
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfieribilità dell'incarico	Tempestivo	DIREZIONE GENERALE
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale	DIREZIONE SANITARIA
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	DIREZIONE AMMINISTRATIVA UOC GESTIONE RISORSE UMANE per l'Asl Napoli 3 Sud. Per le altre amministrazioni tutte gli altri titolari di incarico precitati

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)		<p>Per ciascun titolare di incarico:</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982</p>	Tempestivo	TUTTI I DIRIGENTI Quadri sinottici a cura UOC GRU

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	sospesa
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	sospesa
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dei dirigenti	Annuale	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Personale	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Nessuno	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Coordinamento Direttori UUO OCC e UUO SSDD e Direttori Dipartimenti
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Personale	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo	LEGALE RAPPRESENTANTE
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale	
	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) A Cura UOC GRU	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Personale	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Mensile	UUO OCC UUO OSS DDD Coordinamento UOC GRU
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo	UOC Gestione Risorse Umane (SISTEMA PERLAPA)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Personale	OIV (da pubblicare in tabelle)	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Par. 14.2, delib. CiViT n. 12/2013	Nominativi Curricula Compensi	Tempestivo	Organismo Indipendente di Valutazione Trasmissione UOC VRU.Performance
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte (da pubblicare in tabelle)	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiViT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC V.R.U. Performance Organismo Indipendente di Valutazione
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo	(UOC V.R.U. PERFORMANCE)
	Relazione sulla Performance	33/2013	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo	UOC V.R.U. PERFORMANCE)
	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)		Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo	UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)		Per ciascuna tipologia di procedimento:	Tempestivo	UOOCC UUOSSDD
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili		
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale		
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino		
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante		
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione		
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli		
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Art. 35, c. 1, lett. I), d.lgs. n. 33/2013	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo	UUO OCC UUO OSS DDD
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013	11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	
			Per i procedimenti ad istanza di parte:		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Attività e procedimenti	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo	Ogni direttore di struttura complessa con atto formale (determina) individua i procedimenti di propria competenza
Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale	UOC Acquisizione Beni e Servizi, Servizi Tecnici, (UOC VALORIZZAZIONE E MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE, UOC GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE, UOC SVILUPPO E GESTIONE TELECOMUNICAZIONI E IMPIANTISTICA) Eventuali UUOCC coinvolte nel procedimento

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016 Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Codice Identificativo Gara (CIG) Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Attività Coordinata dalla UOC Acquisizione Beni e Servizi Eventuali UUO OCC coinvolte nel procedimento, che saranno individuate dalla UOC ABS.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Programma Triennale manutenzione	Tempestivo	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI UOC Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare UOC Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie.
			Per ciascuna procedura:		
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI – (UOC VALORIZZAZIONE E
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE, UOC GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE Eventuali UUOCC coinvolte nel procedimento

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	<p>Avvisi e bandi -</p> <p>Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	tempestivo	Coordinamento UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI . UOC VALORIZ. E MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE, UOC GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE. UOC S.I.e ITC Eventuali UUOCC coinvolte nel procedimento

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	Come sopra Coordinamento UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI . UOC VALORIZ. E MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE, UOC GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE. UOC S.I.e ITC Eventuali UUOCC coinvolte nel procedimento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	Coordinamento UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI . UOC VALORIZ. E MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE, UOC GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE. UOC S.I.e ITC Eventuali UUOCC coinvolte nel procedimento

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	<p>Criteri e modalità</p> <p>Atti di concessione da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati</p> <p>Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro</p> <p>Art. 27, c. 1, lett. a), b), c), d), e), f), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario 2) importo del vantaggio economico corrisposto 3) norma o titolo a base dell'attribuzione 4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo 5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario 6) link al progetto selezionato 7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato</p>	<p>Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati</p> <p>Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro</p> <p>1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario 2) importo del vantaggio economico corrisposto 3) norma o titolo a base dell'attribuzione 4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo 5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario 6) link al progetto selezionato 7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato</p>	Tempestivo	Distretti sociosanitari

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale	Distretti sociosanitari

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo	
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Organismo Indipendente di Valutazione
			Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Organismo Indipendente di Valutazione Trasmissione a cura della UOC VRU e Performance
			Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Organismo Indipendente di Valutazione Trasmissione a cura della UOC VRU e Performance
			Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Organismo Indipendente di Valutazione Trasmissione a cura della UOC VRU e Performance
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	COLLEGIO SINDACALE UOC Affari Istituzionali e S.
	Corte dei conti		Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo	Trasmissione UOC Affari Istituzionali e S.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo	Tutte le UUOCC individuate nella carta dei Servizi Generali/ Coordinamento UOC Relazioni con il Pubblico
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	UOC AFFARI LEGALI
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	
	Costi contabilizzati da pubblicare in tabelle)	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale	UOC CONTROLLO DI GESTIONE
	Liste di attesa (da pubblicare in tabelle)	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo	RESPONSABILE COORDINAMENTO AZIENDALE LISTE DI ATTESA (IPAS GOVERNO LISTE DI ATTESA)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Gestione Economica e Finanziaria (Portale Soldi Pubblici)
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale (da pubblicare in tabelle)	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Gestione Economica e Finanziaria (Portale Soldi Pubblici)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
			Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Pagamenti dell'amministrazione	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA - UOC SISTEMI INFORMATICI ITC

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016	Tempestivo	UOC Acquisizione Beni e Servizi UOC VALORIZZAZIONE E MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE, UOC GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<p>Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:</p> <p>1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi</p> <p>2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente</p> <p>3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse</p> <p>4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse</p> <p>5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale</p> <p>6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore</p>	Tempestivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC CONTROLLO DI GESTIONE
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della corruzione. Compito relativo alla pubblicazione UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Come sopra
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Come sopra
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Come sopra
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Come sopra
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Come sopra

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO In qualità di Responsabile della Trasparenza
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO In qualità di Responsabile della Trasparenza
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO In qualità di Responsabile della Trasparenza

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	<p>Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16</p> <p>Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005</p> <p>Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221</p>	<p>Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID</p> <p>Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria</p> <p>Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione</p>	<p>Tempestivo</p> <p>Annuale</p> <p>Annuale</p>	UOC SISTEMI INFORMATICI E ITC

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	<p>Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate:</p> <p>formazione del personale in materia di Prevenzione della corruzione</p>	Tempestivo	RESP. PREV. CORRUZIONE, UOC FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
			Predisposizione di modelli per eventuali segnalazioni di cui all'art. 54 bis del D.Lgs n. 165/2001, nell'ambito delle misure di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito a garanzia della riservatezza		RESPONSABILE PREV. CORRUZIONE
			misure di consultazione attuate in sede di elaborazione del P.T.P.C.T.	31/01	Prevenzione della corruzione
			numero sentenze di condanna dei giudici penali e della corte dei conti nei confronti di funzionari in riferimento a fatti corruttivi nel triennio 2013-2015	ANNUALE	UOC AFFARI LEGALI
			Questionario sulla percezione della corruzione e sul valore dell'integrità / metodologia da concordare con CPC	TEMPESTIVO	RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
			Prevenzione della corruzione: Valutazione questionari		
			Prevenzione della corruzione: esiti rilevazione qualità percepita procedure di formazione del personale		
			Prevenzione della corruzione: risposte alle domande più frequenti FAQ		
			Prevenzione della corruzione: risultanze statistiche elaborazione degli interventi organizzativi realizzati dalle strutture aziendali per assicurare il rigoroso rispetto della legge e l'osservanza della massima trasparenza nella formazione nell'attuazione nel controllo delle decisioni		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	<p>Prevenzione della corruzione: pubblicazione risultati monitoraggio rispetto termini per la conclusione dei procedimenti</p> <p>Prevenzione della corruzione: personale formato diviso per unità operative - costi</p> <p>Prevenzione della corruzione: risultati analisi bisogni formativi</p> <p>Prevenzione della corruzione: Modello web per la segnalazione di illecito</p> <p>Prevenzione della corruzione: Numero e denominazione delle aree di rischio individuate e inserite nel PTPCT per le quali l'azienda prevede ulteriori misure di prevenzione oltre a quelle obbligatorie per legge</p> <p>Prevenzione della corruzione: Tipologia di misura adottata per assicurare la tutela del whistleblower</p> <p>Prevenzione della corruzione: Tipologia di misura adottata per assicurare l'attuazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. N 165 del 2001 (svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro)</p> <p>Prevenzione della corruzione: Adozione del codice di comportamento settoriale</p> <p>Prevenzione della corruzione: tipologia di misure attinenti al codice di comportamento ulteriori rispetto a quelle disciplinate nel codice di comportamento generale</p> <p>Prevenzione della corruzione: misura ulteriore introdotta, diversa da quelle previste come obbligatoria dalla legge, che a giudizio del Responsabile della prevenzione della corruzione presenta il miglior livello di efficacia per la prevenzione</p>	TEMPESTIVO	RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE con il supporto della UOC Formazione e SRU. UOC GRU.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Altri contenuti	Altri contenuti		formazione ed aggiornamento professionale effettuato	ANNUALE	UOC FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	<p>Pubblicazione schede performance sp01, sp02, sp03</p> <p>straordinario diviso per UUOO. Relazione annuale schede performance 01</p>	<p>ANNUALE</p> <p>ANNUALE</p>	<p>LE SINGOLE UUOCCC E UUOSSDD TRASMETTONO I DATI ALLA UOC V.R.U. PERFORMANCE CHE DOPO AVERLE VERIFICATE LE INVIA PER LA PUBBLICAZIONE ALLA UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO</p> <p>UOC GRU x SINGOLE UUOCCC UUOSSDD</p>

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	rimborso spese pubblicazione verbali collegio di direzione Link consiglio dei sanitari, pubblicazione verbali consiglio dei sanitari, regolamento e tutte le informazioni ritenute utili (delibere, etc) Link collegio sindacale, curricula, costi e rimborsi e tutte le informazioni ritenute utili Link CUG, pubblicazione verbali Comitato Unico di Garanzia . Regolamento e tutte le informazioni ritenute utili Link, pubblicazione verbali Commissione Liste di Attesa, regolamento e tutte le informazioni ritenute utili. Link, pubblicazione verbali riunioni sindacali, regolamenti e tutte le informazioni ritenute utili Comitato di Dipartimento :Link, pubblicazione verbali, regolamenti e tutte le informazioni ritenute utili Link pubblicazione verbali Comitato Partecipativo e Consultivo e tutte le informazioni ritenute utili modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni guide ai servizi per distretti sociosanitari guide ai servizi per PP.OO guide ai servizi per Dipartimenti guide ai servizi per UUO OCC Regolamento attività libero professionale	ANNUALE ENTRO 15 GIORNI TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO	SINGOLE UUO OCC UUOSSDD UOC AFFARI ISTITUZIONALI E SEGRETERIE DIREZIONE SANITARIA COLLEGIO SINDACALE UOC GRU/COMITATO UNICO DI GARANZIA REFERENTE COORD. LISTE DI ATTESA (IPAS GOVERNO LISTE DI ATTESA) UOC GESTIONE RISORSE UMANE E UUOSS COMITATO DI DIPARTIMENTO UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO UOC GESTIONE RISORSE UMANE SINGOLE UUO OCC

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	<p>"intramoenia" /Pubblicazione x Anno n° fatture rilasciate x Professionista/ Tabella Professionisti x Specialistica tempo di Attesa in attività ALPI ed in attività d'Istituto/ Tutto quanto venga valutato ai fini dell'accessibilità e per il controllo pubblico.</p> <p>Obbligo pubblicazione regolamenti</p> <p>Regolamento di beni e servizi nel rispetto del Codice degli Appalti Pubblici</p> <p>Dati relativi screening per la prevenzione dei tumori: Colon retto, Cervice uterina, Mammella.</p> <p>Dati Relativi a tutte le attività di Prevenzione (Aneurisma dell'aorta addominale/ Vigilanza Respiratoria/ Melanoma etc)</p> <p>Tutte le informazioni utili per i PDTA aziendali</p>	TEMPESTIVO	Direttore UOC Affari Istituzionali e S.
Altri contenuti	Commissioni Mediche Integrate	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	<p>Commissioni Mediche Integrate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modalità di accesso al servizio; • Tempi di attesa per le Commissioni; • Nomi presidenti e componenti Commissioni; • Numeri telefonici degli uffici distrettuali di riferimento; • Tutte le normative di riferimento; • Numero verde INPS; • Costi sostenuti dall'Azienda per tutte le attività delle Commissioni. 	TEMPESTIVO	UOC MEDICINA LEGALE PUBBLICA VALUTATIVA
Altri contenuti	Sicurezza delle cure e della relative azioni di miglioramento	Art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24	Relazione sugli accadimenti relativi alla Sicurezza delle cure e della relative azioni di miglioramento 2017-2018	TEMPESTIVO	UOC RISK MANAGEMENT

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante; modalità di funzionamento dei distretti e dei dipartimenti; procedure di controllo interno e valutazione dirigenziale vigilanza su orario espletato dal personale convenzionato e dipendente dall'Asl Napoli 3 sud	TEMPESTIVO	UOC CONTROLLO DI GESTIONE/UOC VRU e Performance
			individuazione, da parte di ogni direttore di struttura complessa, del supplente per assenze e/o impedimenti	ANNUALE O ENTRO UN MESE DAL CONFERIMENTO DELL'INCARICO	Coordinamento UOC GRU -TUTTI I DIRETTORI DI UUOCCC E UUOSSDD
			Conflitto di interesse	TEMPESTIVO	Coordinamento UOC GRU/TUTTI
			Relazioni dei referenti del responsabile della Prevenzione della corruzione	ANNUALE ENTRO IL 31/12	TUTTI I DIRETTORI DI UUOCCC E UUOSSDD/ Pubblicazione UOC Relazioni con il Pubblico
			mobilità del personale in entrata, in uscita, interna	TEMPESTIVO	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
			Progetti finanziati con fondi extra aziendali	TEMPESTIVO	UOC VRU e PERFORMANCE
			monitoraggio reclami	TEMPESTIVO	UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO
			ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: Numero ginecologi	TEMPESTIVO	Distretti socio sanitari – DIPARTIMENTO

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: dati vaccinali per fasce d'età ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: aggiornamento Registro Tumori ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: sanzioni dlgs 81/08 ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: statistica avvelenamento da sostanze velenose, ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO: guardie mediche ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO parto analgesia ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO assunzioni personale medico e paramedico ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO scorimento graduatorie concorsi ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Numero pazienti in cura presso i Ser.Dper ogni tipo di dipendenza trattata ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Organico CPS infermieri nei Distretti e nei PP.OO. ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Dati su accessi al Pronto Soccorso ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Dati Complessivi sulle prescrizioni di apparecchi acustici ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO Numero Controlli su animali al seguito di circhi e mostre itineranti	TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO TEMPESTIVO	MATERNO INFANTILE - PP.OO. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O.S.D. Registro Tumori DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE UOC GESTIONE RISORSE UMANE UOC MATERNO INFANTILE UOC GESTIONE RISORSE UMANE UOC GESTIONE RISORSE UMANE Dipartimento delle Dipendenze) Distretti Socio Sanitari PP.OO. PP.OO./ UOC Governo Assistenza Ospedaliera Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
GUIDE AI SERVIZI	UUO OCC E UUO OSSDD	STRUTTURA	Struttura: Organizzazione della U.O.C., ecc. Chi, Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC	COSTANTE	UUO OCC E UUO OCC
		PERSONALE (Personale della UOC)	(N° Personale diviso per qualifica e posizione, straordinario anno precedente, progetti speciali a cui il personale afferente partecipa, rimborsi spese su base annua.		
		ELENCO DEI PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI	Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione (censimento già effettuato nell'ASL NA 3 SUD).		
		REGOLAMENTI PRODOTTI DALLA STRUTTURA	REGOLAMENTI PRODOTTI DALLA STRUTTURA		
		MODULISTICA IN USO	Modulistica con inserito sempre il logo aziendale (delibera n°1101 del 04/10/2010).		
		BUDGET ASSEGNATO	Budget assegnato – Straordinario anno precedente – Partecipazione progetti speciali.		
		DELIBERE PRODOTTE DALLA STRUTTURA	DELIBERE PRODOTTE DALLA STRUTTURA (DI INTERESSE PUBBLICO)		
		DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI	DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI		
		RELAZIONI VALUTATIVE - CARICHI DI LAVORO – OBIETTIVI	Schede 01/02/03 Performance		
GUIDE AI SERVIZI	UUO OCC E UUO OSSDD	TASSI DI ASSENZA	Collegamento alla pagina assenza area personale Amministrazione Trasparente	COSTANTE	UUO OCC E UUO OCC

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

GUIDE AI SERVIZI	DIPARTIMENTI	DIPARTIMENTO	Organizzazione del Dipartimento. Unità operative complesse e semplici Uffici, Ambulatori, ecc. Chi, Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC.	COSTANTE	DIPARTIMENTI
		PRESTAZIONI SANITARIE	Prestazioni sanitarie erogate (Costi Ticket – Tempi di Attesa – Dove e quando e come si prenota, cosa fare per ottenere...) divise per unità operative con nomi e cognomi dei direttori delle UUOOCC e dei medici e medici veterinari nel caso del dipartimento di prevenzione, farmacisti nel caso del dipartimento assistenza farmaceutica che operano nelle rispettive UU.OO..		
		PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI	Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi, Modulistica con inserito sempre il logo aziendale divisi per UU.OO. e per tipologia di attività.		
		ALPI	Tutte le informazioni circa l'erogazione delle prestazioni erogate in attività libera professionale attività intramoenia (Nome e Cognome del Professionista, autorizzazione, modalità di prenotazione e pagamento, luogo ed indirizzo, giorni di erogazione, tempi di attesa, Tariffa e tempo di attesa).		
		ASSOCIAZIONI	Tutte le associazioni di tutela presenti sul territorio con le quali quel dipartimento ha rapporti.		
		CARTELLA CLINICA	Tutte le informazioni per accedere alla copia della cartella clinica ad altre attestazioni etc. Informazione per tipologia di pazienti.		
		INIZIATIVE DI TIPO SCIENTIFICO, EVENTI	Iniziative di tipo scientifico, Eventi convegni etc.		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
--	---	-----------------------	------------------------	---------------	-----

GUIDE AI SERVIZI	DIPARTIMENTI	INFORMAZIONI UTILI	Tutte le informazioni ritenute utili dal Comitato di redazione coordinato dal Direttore del Dipartimento (Le Domande più frequenti – Circolari – accordi con le associazioni – Accordi con le attività dei distretti degli Ambiti Sociali si pensi al Dipartimento di Salute mentale news etc).	COSTANTE	DIPARTIMENTI
		PERSONALE, BUDGET E CICLO DELLA PERFORMANCE	Risorse Umane assegnate, divise per qualifica e posizione ed Unità operative – Budget assegnato – Straordinario anno precedente – Partecipazione progetti speciali. – Schede 01/02/03 Performance.		
		ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	Come accedere all'assistenza residenziale e semiresidenziale		
		ALBO PRETORIO	Deliberazioni e determinazioni della struttura.		
		CARTA DEI SERVIZI	Pubblicazione Carta dei Servizi (analisi dei Fattori di criticità, Azioni di miglioramento – Impegni/Standard di Qualità – Sistema di monitoraggio e Controllo per gli impegni presi). Organizzazione ospedaliera del DSM (cos'è il TSO)		
		TASSI DI ASSENZA	Collegamento alla pagina assenza area personale Amministrazione Trasparente (invio dei tassi di assenza almeno trimestrale).		
GUIDE AI SERVIZI	DISTRETTI SOCIOSANITARI	IL DISTRETTO	Organizzazione del distretto Unità operative, Uffici, Ambulatori, ecc. Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC.	COSTANTE	DISTRETTI SOCIOSANITARI
		PRESTAZIONI SANITARIE /TUTTO SUGLI Screening	(Costi – Tempi di Attesa –Chi Dove e quando, modalità di prenotazione e pagamento).		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
GUIDE AI SERVIZI	DISTRETTI SOCIOSANITARI	INFORMAZIONI DI TIPO SCIENTIFICO EVENTI	Avvisi, informazione sanitaria e sociale, problematiche ticket sanitari, popolazione di riferimento – Tutte le informazioni di tipo epidemiologico forniti dal Dipartimento di Prevenzione (Cause di Morte e determinanti della Salute) anche in considerazione della programmazione territoriale P.A.T. (art.4 ex Dlvo 502/92 è a carico dei direttori dei distretti).	COSTANTE	DISTRETTI SOCIOSANITARI

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
GUIDE AI SERVIZI	DISTRETTI SOCIOSANITARI	MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	Tutte le Informazioni Circa i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta (Indirizzi Telefoni Convenzioni ed accordi specifici).	COSTANTE	DISTRETTI SOCIOSANITARI

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
GUIDE AI SERVIZI	DISTRETTI SOCIOSANITARI	CARTA DEI SERVIZI	Pubblicazione Carta dei Servizi (analisi dei Fattori di criticità, Azioni di miglioramento – Impegni/Standard di Qualità – Sistema di monitoraggio e Controllo per gli impegni presi).	COSTANTE	DISTRETTI SOCIOSANITARI
		TASSI DI ASSENZA	Collegamento alla pagina assenza area personale Amministrazione Trasparente (i tassi di assenza vanno trasmessi almeno ogni tre mesi).		
GUIDE AI SERVIZI	PP.OO.	L'OSPEDALE	Organizzazione del P.O. Unità operative, Uffici, Ambulatori, ecc. Chi, Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC, Modalità per il ricovero, modalità per accedere alle prestazioni sanitarie.	COSTANTE	PP.OO.
		PRESTAZIONI SANITARIE	Prestazioni sanitarie, ambulatoriali e di ricovero, erogate (Costi Ticket – Tempi di Attesa – Dove e quando e come si prenota) divise per unità operative con nomi e cognomi dei direttori delle UUOCC e dei medici che operano nei reparti e nei servizi.		
		IL SISTEMA DEL PRONTO SOCCORSO	Cosa è il Triage. Cosa è il Codice Bianco e come si paga. Comunicazioni sull'utilizzo appropriato dei servizi di emergenza ed urgenza, tutte le informazioni che il comitato di redazione ritiene utile (dove pagare i ticket).		
		URGENZE SAUT- 118,	Continuità Assistenziale, ecc.		
		PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI	Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione (censimento già effettuato nell'ASL NA 3 SUD) Modulistica con inserito sempre il logo aziendale.		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
GUIDE AI SERVIZI	PP.OO.	COME COMPORTARSI IN OSPEDALE	<p>Le regole di convivenza – Orario Pasti – Orario Visite, Sostegno per la libertà di culto, Rapporto con il Medico di Famiglia ed il Pediatra di Libera Scelta, Modalità per la fruizione di diete particolari (celiaci, allergici, vincoli religiosi) Le modalità per le dimissioni protette. E rapporto con il distretto di residenza del cittadino. Servizio Sociale dove esistente.</p> <p>ALPI</p> <p>Tutte le informazioni circa l'erogazione delle prestazioni erogate in attività libera professionale attività intramoenia (Nome e Cognome del Professionista, autorizzazione, tariffa, modalità di pagamento, luogo ed indirizzo, orari di offerta delle prestazioni, tempo di attesa).</p> <p>ASSOCIAZIONI</p> <p>Tutte le associazioni e/o cooperative presenti nell'ospedale con le quali esistono protocolli d'intesa e/o convenzioni.</p> <p>CARTELLA CLINICA</p> <p>Tutte le informazioni per accedere alla copia della cartella clinica ad altre attestazioni (modulistica e costi e modalità di ritiro).</p> <p>INIZIATIVE DI TIPO SCIENTIFICO, EVENTI</p> <p>Iniziative di tipo scientifico, eventi etc.</p> <p>INFORMAZIONI UTILI</p> <p>Tutte le informazioni ritenute utili dal Comitato di redazione coordinato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero (Le Domande più</p>	COSTANTE	PP.OO.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	UOC
			frequenti – Circolari – accordi con le associazioni – news etc).		
GUIDE AI SERVIZI	PP.OO.	PERSONALE, BUDGET E CICLO DELLA PERFORMANCE	Risorse Umane assegnate, divise per qualifica e posizione ed Unità operative – Budget assegnato – Straordinario anno precedente – Partecipazione progetti speciali. – Schede 01/02/03 Performance	COSTANTE	PP.OO.
		CARTA DEI SERVIZI	Pubblicazione Carta dei Servizi (analisi dei Fattori di criticità, Azioni di miglioramento – Impegni/Standard di Qualità – Sistema di monitoraggio e Controllo per gli impegni presi).		
		DELIBERE ADOTTATE E DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI	DELIBERE ADOTTATE E DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI		
		TASSI DI ASSENZA	Collegamento alla pagina assenza area personale Amministrazione Trasparente		

Obblighi di pubblicazione non di competenza Asl Napoli 3 Sud

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Contenuti dell'obbligo	Motivazione mancato obbligo di pubblicazione
Disposizioni generali	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
Organizzazione	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Non di pertinenza

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020-21-22

– Obblighi di pubblicazione non di competenza Asl Napoli 3 Sud

	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Atti e relazioni degli organi di controllo	Non di pertinenza
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Contenuti dell'obbligo	Motivazione mancato obbligo di pubblicazione
Performance	Benessere organizzativo	Livelli del Benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
Enti controllati	Enti pubblici	Elenco Enti pubblici vigilati	Non di pertinenza
	Società partecipate	Elenco Società partecipate	Non di pertinenza
	Enti di diritto privato controllati	Elenco Enti di diritto privato controllati	Non di pertinenza
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Contenuti dell'obbligo	Motivazione mancato obbligo di pubblicazione
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
Controlli sulle imprese		Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

Allegato B2

Linee guida per la pubblicazione sul portale dell'ASL
Napoli 3 Sud delle informazioni concernenti ogni
aspetto dell'organizzazione dei Distretti, dei Presidi
Ospedalieri, dei Dipartimenti e delle strutture centrali

“Guida alla Guida ai Servizi”

Il Decreto Legislativo **27 ottobre 2009, n. 150**, "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", all'art. 11 comma 1 cita: **"La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione"**.

Viste:

- le linee guida per la pubblicazione dei siti istituzionali vigenti;
- il Codice dell'Amministrazione digitale vigente;
- gli obiettivi inseriti nelle linee guida per l'elaborazione dei piani della trasparenza e della performance adottate dall'A.N.A.C.;
- sentite le associazioni di rappresentanza dei cittadini;

➤ **E' necessario** stabilire i contenuti essenziali dei siti relativi a distretti, ospedali e dipartimenti, ed unità operative di livello centrale quale **obiettivo 2020**, inserito nel Piano della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza 2020/21/22, da includere nel piano della performance 2020.

Criteri di indirizzo delle “Guide ai Servizi” Asl Napoli 3 Sud

Negli ultimi anni la diffusione dei mezzi di comunicazione di massa, insieme con lo sviluppo di Internet, hanno reso necessario un miglioramento dei mezzi a disposizione delle Amministrazioni Pubbliche per implementare una strategia comunicativa efficace.

Uno dei tanti strumenti con cui restituire informazioni ai Cittadini sull'organizzazione pubblica, quale è la nostra ASL, è rappresentato dalla **“Guida ai servizi”**.

“Guida ai servizi” non più intesa nel senso tradizionale di documento cartaceo, in molti casi unidirezionale in cui le informazioni vengono fornite al cittadino a prescindere dalla sua capacità di interazione e comprensione delle stesse, ma compatibile con la nuova forma di comunicazione dettata dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

La nuova concezione di “Guida ai servizi”, nei suoi contenuti, ha l'onere di rispettare una serie di **obblighi** quali:

- l'accertata utilità;
- la semplificazione dell'interazione tra amministrazione e cittadini e cittadine;
- la trasparenza dell'azione amministrativa;

- la facile reperibilità e fruibilità dei contenuti;
- il costante aggiornamento; di **impegni** quali:
 - **informare** in modo trasparente sulle attività:
 1. **chi** siamo,
 2. **come** contattarci,
 3. **dove** siamo,
 4. **quando** ci siamo.
 - con la consapevolezza che una buona informazione è un ulteriore passo avanti per offrire un servizio di qualità;
 - **orientare**, garantendo ai nostri cittadini migliori opportunità in termini di prevenzione, cura e riabilitazione ed interagendo con Essi, per promuovere così una collaborazione più attiva tra chi garantisce e chi beneficia dei servizi;

e di **principi** quali:

- **essere percepibile e contestualizzabile** per cui le informazioni relative alle attività erogate dalle strutture devono essere sempre disponibili, aggiornate e percettibili;
- **essere comprensibile** per cui le informazioni devono essere facili da capire e da usare;
- **essere coerente** per cui i simboli, i messaggi e le azioni che si vogliono trasmettere devono avere lo stesso significato;
- **essere trasparente** per cui si devono comunicare le informazioni necessarie, reali, vere nel rispetto della normativa vigente in materia di Privacy;
- **essere di facile apprendimento** per cui deve possedere caratteristiche di utilizzo facile e rapido.

AZIONI E TEMPI

Tutti i responsabili di distretto, ospedali, strutture complesse, dipartimento ed unità operative di staff alle direzioni **hanno già la password per la gestione autonoma dei link di competenza**.

Per evitare che sul sito siano presenti informazioni non aggiornate **è importante** verificarne periodicamente la validità temporale. Pertanto le pagine descrittive dell'organizzazione, delle sue funzioni, ecc. vanno riviste **almeno ogni settimana** o ogni qualvolta avvengano dei cambiamenti organizzativi, partendo dalla data dell'ultimo aggiornamento. (Aggiornamento costante diventa indicatore di **performance** di quella struttura).

La responsabilità di quanto sopra descritto è demandata alle Direzioni di Distretto, al Direttore Medico, al Direttore dei singoli Dipartimenti, ai direttori delle Unità operative centrali, ai responsabili della redazione di link specifici (tempi di attesa, commissioni etc.), responsabili unità operative semplici dipartimentali.

I Direttori delle strutture su citate potranno essere supportati da **un gruppo di lavoro chiamato “Comitato di Redazione” individuato e scelto dal Direttori stessi**, nel quale è opportuna la presenza del **referente distrettuale e/o ospedaliero dell’U.O. Relazioni con il Pubblico, laddove presente.**

Il Comitato di Redazione, per il tramite del Referente distrettuale dell’U.O. Relazioni con il Pubblico, comunicherà sollecitamente alla UOC Relazioni con il Pubblico ogni cambiamento ed aggiornamento (come indirizzi, numeri di telefono, orari, modalità di accesso, ecc, ecc,) tramite email al seguente indirizzo: relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it.

L’analisi dei fattori di criticità permetterà di migliorare i contenuti dei singoli link, analisi che deve essere effettuata almeno una volta all’anno.

Trasparenza ed impegni nella gestione delle Liste di Attesa

La lunghezza dei tempi di attesa costituisce una delle problematiche più diffuse nel SSN che si impegna ad assicurare l’universalità di accesso delle prestazioni sanitarie e rappresentano un esplicito indicatore di efficienza e qualità percepita dal cittadino/utente.

La lunghezza dei tempi di attesa rappresenta una “componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza”, in quanto in grado di influenzare con buona probabilità il risultato clinico delle prestazioni sanitarie o la condizione di vita sociale dei cittadini, in quanto evento fortemente critico, che può limitarne la garanzia di equità d’accesso e la fruizione dei livelli essenziali.

La specificità e la complessità che riguardano i tempi di attesa sono molteplici. Il cittadino che necessita di una prestazione, a seguito di un’appropriata prescrizione del medico di famiglia e dello specialista, deve essere a conoscenza con certezza presso quale struttura e in quali tempi troverà risposta.

L’azienda è consapevole che i cittadini più deboli e svantaggiati sono i principali destinatari del SSN e quelli che possono trarre maggior vantaggio dai suoi servizi, mentre sono spesso tra coloro che meno ricorrono alle prestazioni. Essa, pertanto, è impiegata a modulare e orientare l’offerta dei suoi servizi proprio per accrescerne le opportunità di fruizione di questa

fascia di cittadini, anche prevedendo per essi percorsi agevolati e protetti per l'accesso alle prestazioni.

E' quindi necessario approfondire e chiarire con forza che i Contenuti della comunicazione ritenuti essenziali al fine di garantire Equità e Trasparenza all'assistito ed assunti quali standard (impegno formale) nel Piano Performance.

A) L'assistito al momento della prescrizione, deve essere informato circa:

- 1)** La scelta della classe di priorità effettuata e la possibilità, limitatamente ai ricoveri, che possa essere modificata in fase di accettazione;
- 2)** Per quali prestazioni è obbligatoria la prescrizione;
- 3)** Le modalità di accesso alla prenotazione nel rispetto della libera scelta dell'utente (istituzionale, libero – professionale) e caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- 4)** Tempi massimi garantiti a seconda della classe di priorità e del tipo di prestazione.

B) L'assistito, al momento della prenotazione, deve essere informato circa:

- 1)** La libertà di scelta, per le prenotazioni in regime istituzionale, della:
 - Data di prenotazione tra un insieme di date disponibili per la prescrizione richiesta;
 - Ambito territoriale/Struttura erogatrice tra quelle disponibili per la prestazione richiesta;
- 2)** Dove si trova l'elenco aggiornato degli ambiti territoriali con le relative strutture erogatrici che sono obbligate ad assicurare il rispetto del tempo massimo e per quali prestazioni (es. siti web, farmacie, ambulatori, applicazioni telefoniche, totem, Urp etc.);
- 3)** Il tempo massimo (espresso in giorni) stabilito dall'azienda/regione relativo alla prestazione richiesta ed alla classe di priorità;
- 4)** La possibilità di modificare o annullare la prenotazione;
- 5)** Le modalità disponibili per richiedere la modifica o l'annullamento della prenotazione (es. mediante telefono, sportelli CUP);

6) L'obbligo dell'assistito di comunicare l'annullamento della prenotazione utilizzando una delle modalità al punto 5;

7) La precisazione che la data di prenotazione è la data prevista per l'erogazione della prestazione e non la data effettiva dell'erogazione della prestazione. Qualora la data di prenotazione non coincida con la data effettiva dell'erogazione della prestazione, quest'ultima dovrà essere comunicata tempestivamente all'assistito;

8) In caso di superamento del tempo massimo l'assistito dovrà essere informato,

- sulle motivazioni che hanno determinato il superamento del tempo massimo;
- che gli è garantita comunque la prestazione senza ulteriori oneri economici;
- chi è il responsabile del procedimento (nominativo e telefono);

C) L'assistito, ad avvenuta prenotazione dovrà ricevere:

Notifica scritta del tempo massimo relativo alla prenotazione nelle strutture erogatrici individuate dall'Azienda.

Il portale aziendale www.aslnapoli3sud.it ha nella sua homepage un link alle Liste di Attesa. Sono presenti le seguenti notizie:

- Responsabile della commissione, numero di telefono e email;
- Documenti e delibere Aziendali;
- Normativa nazionale e regionale in materia di liste di attesa;
- Informazioni utili, glossario;
- Elenco delle prestazioni erogate prenotabili tramite il sistema CUP

Nell'elenco è descritto il tipo di prestazione, il codice associato, l'Unità Operativa che rilascia la prestazione e il responsabile dell'Unità Operativa.

- ***Prestazioni traccianti erogate presso strutture pubbliche***

L'elenco prevede il codice regionale della struttura, la struttura, la branca, il codice Istat, la descrizione della prestazione e il tempo di attesa.

➤ Le informazioni obbligatorie sono:

- Tipologia di prestazioni erogate dall'Azienda;
 - Informazioni utili per l'accesso alle strutture sanitarie;
 - Modalità di accesso alle informazioni;
 - I tempi di attesa massimi, garantiti a seconda della classe di priorità e del tipo di prestazione;
 - Quali sono i tempi massimi aziendali in base alle classi di priorità ed alle prestazioni richieste;
 - Cosa sono le classi di priorità;
 - Giorni ed orari di prenotazione presso ciascuna struttura erogatrice;
 - Informativa sui tempi e liste di attesa per assistito (la scelta della classe di priorità effettuata e la possibilità, limitatamente ai ricoveri che possa essere modificata in fase di accettazione);
 - Prestazioni per le quali è obbligatoria la prenotazione;
 - Prestazioni per le quali è obbligatoria la prescrizione;
 - Modalità di accesso alla prenotazione nel rispetto della libera scelta del cittadino (istituzionale e libero – professionale) e caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
 - Meccanismi di tutela e partecipazione;
- a) Gestione reclami aziendali;
- b) Rapporto con il Comitato Partecipativo e consultivo dell'Asl Napoli 3 Sud;
- Modalità di monitoraggio e valutazione per il miglioramento della qualità;

- Avvio di processi di miglioramento continuo della qualità partendo dall'analisi dei fattori di non qualità evidenziati dalla qualità percepita e dai reclami pervenuti (MCQ)
 - Punti di prenotazione;
 - Punti di pagamento;
 - Commissione aziendale, componenti, verbali, atti;
 - Tutto su ticket;
 - FAQ.

Sportelli informativi

Le UU.OO. Relazioni con il Pubblico (URP), per il loro specifico ruolo di interfaccia tra cittadini e strutture di erogazione sono considerati gli operatori di front-office per la gestione dei conflitti e/o delle informazioni territoriali.

Il piano della trasparenza Aziendale deve promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'Azienda Sanitaria.

Il massimo sforzo dovrà essere impiegato per trasmettere informazioni riguardo il sistema complessivo dell'offerta e alla sua accessibilità, alle innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

“Guida ai servizi” Distretti Socio Sanitari Asl Napoli 3 Sud

Struttura della “Guida ai servizi” Distretti Socio Sanitari Asl Napoli 3 Sud

La piattaforma on line di ogni Distretto è suddivisa **in sezioni**:

1° sezione IL DISTRETTO

Organizzazione del distretto Unità operative, Uffici, Ambulatori, ecc. Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC.

2° sezione PRESTAZIONI SANITARIE /TUTTO SUGLI Screening

(Costi – Tempi di Attesa –Chi Dove e quando, modalità di prenotazione e pagamento).

3° sezione – INFORMAZIONI DI TIPO SCIENTIFICO EVENTI

Avvisi, informazione sanitaria e sociale, problematiche ticket sanitari, popolazione di riferimento – Tutte le informazioni di tipo epidemiologico forniti dal Dipartimento di Prevenzione (Cause di Morte e determinanti della Salute) anche in considerazione della programmazione territoriale P.A.T. (art.4 ex Dlvo 502/92 è a carico dei direttori dei distretti).

4° sezione - SISTEMA INTEGRATO DI ACCESSO

Sistema integrato di accesso ai servizi per le fasce deboli per porta unitaria di accesso secondo le tipologie di bisogno, in questo spazio inoltre vanno inserite tutte le informazioni circa gli Enti Locali di competenza di quel distretto (N° telefonici utili servizi sociali- protezione civile- polizia municipali ed inoltre Ambito sociale di riferimento con l'informazione su tutti i servizi erogati dall'ambito sociale
e n° di telefono più nome e cognome del Coordinatore dell'Ufficio di Piano di riferimento)
Pubblicazione PAT.

5° sezione – URGENZE

SAUT-118, Continuità Assistenziale, ecc.

6° sezione PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI

Tutti i **procedimenti Amministrativi** con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione **Modulistica con inserito sempre il logo aziendale uniforme su tutto il territorio aziendale e scaricabile per la compilazione on-line.**

7° sezione – FARMACIE TERRITORIALI

Tutte le Informazioni circa le **farmacie territoriali** (Indirizzi Numeri di telefono e turni di apertura e chiusura, importante turni ferie).

8° sezione – MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Tutte le Informazioni Circa i **Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta** (Indirizzi Telefoni Convenzioni ed accordi specifici).

9° sezione – CENTRI DI EROGAZIONE

Tutte le Informazioni circa i **centri di erogazione** di prestazioni inserite nel processo di **accreditamento** con il Sistema Sanitario Regionale (elenco prestazioni, modalità di accesso, tempi di attesa per liste di attesa).

10° sezione- ALPI

Tutte le informazioni circa l'erogazione delle **prestazioni erogate in attività libera professionale** (Nome e Cognome del Professionista, autorizzazione, Tariffa, modalità di pagamento, luogo ed indirizzo, tempo di attesa).

11° sezione – ASSOCIAZIONI

Tutte le **associazioni di tutela e di rappresentanza** dei cittadini presenti sul territorio di competenza, Tutte le associazioni /o cooperative con le quali sono vigenti protocolli d'intesa e convenzioni. È fondamentale avere una mailing list per le associazioni.

12° sezione PERSONALE, BUDGET E CICLO DELLA PERFORMANCE

Risorse Umane assegnate, divise per qualifica e posizione ed Unità operative – Budget assegnato – Straordinario anno precedente – Partecipazione progetti speciali. – Schede Performance 01/02/03/04/05/06.

13° sezione DETERMINE E DELIBERE

Pubblicazione delle deliberazioni adottate e delle determinazioni dirigenziali.

14° sezione CARTA DEI SERVIZI

Pubblicazione Carta dei Servizi (analisi dei Fattori di criticità, Azioni di miglioramento – Impegni/Standard di Qualità – Sistema di monitoraggio e Controllo per gli impegni presi).

15° sezione TASSI DI ASSENZA

Collegamento alla pagina assenza area personale Amministrazione Trasparente (i tassi di assenza vanno trasmessi almeno ogni tre mesi).

“Guida ai servizi Dipartimenti Strutturali”

Struttura della “Guida ai servizi” Dipartimenti Asl Napoli 3

Sud La piattaforma on line di ogni Dipartimento è suddivisa **in sezioni**:

1° sezione – IL DIPARTIMENTO

Organizzazione del Dipartimento. Unità operative complesse e semplici Uffici, Ambulatori, ecc. Chi, Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC.

2° sezione - PRESTAZIONI SANITARIE

Prestazioni sanitarie erogate (Costi Ticket – Tempi di Attesa – Dove e quando e come si prenota, cosa fare per ottener...) divise per unità operative con nomi e cognomi dei direttori delle UUOCC e dei medici e medici veterinari nel caso del dipartimento di prevenzione, farmacisti nel caso del dipartimento assistenza farmaceutica che operano nelle rispettive UU.OO..

3° sezione – PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI

Tutti i **procedimenti Amministrativi** con nomina responsabili dei procedimenti e tempi, **Modulistica con inserito sempre il logo aziendale divisi per UU.OO. e per tipologia di attività.**

4° sezione- ALPI

Tutte le informazioni circa l'erogazione delle prestazioni erogate in attività libera professionale **attività intramoenia** (Nome e Cognome del Professionista, autorizzazione, modalità di prenotazione e pagamento, luogo ed indirizzo, giorni di erogazione, tempi di attesa, Tariffa e tempo di attesa).

5° sezione – ASSOCIAZIONI

Tutte le **associazioni di tutela** presenti sul territorio con le quali quel dipartimento ha rapporti.

6° sezione CARTELLA CLINICA

Tutte le informazioni per accedere alla copia della **cartella clinica** ad altre attestazioni etc.
Informazione per tipologia di pazienti.

7° sezione INIZIATIVE DI TIPO SCIENTIFICO, EVENTI

Iniziative di tipo scientifico, Eventi convegni etc.

8° sezione – INFORMAZIONI UTILI

Tutte le informazioni ritenute utili dal Comitato di redazione coordinato dal Direttore del Dipartimento (Le Domande più frequenti – Circolari – accordi con le associazioni – Accordi con le attività dei distretti degli Ambiti Sociali si pensi al Dipartimento di Salute mentale news etc).

9° sezione - PERSONALE, BUDGET E CICLO DELLA PERFORMANCE

Risorse Umane assegnate, divise per qualifica e posizione ed Unità operative –
Budget assegnato – Straordinario anno precedente – Partecipazione progetti speciali. –
Schede Performance 01/02/03/04/05/06.

10 sezione – ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Come accedere all'assistenza residenziale e semiresidenziale

11° sezione – ALBO PRETORIO

Deliberazioni e determinazioni della struttura.

12° sezione - CARTA DEI SERVIZI

Pubblicazione Carta dei Servizi (analisi dei Fattori di criticità, Azioni di miglioramento – Impegni/Standard di Qualità – Sistema di monitoraggio e Controllo per gli impegni presi). Organizzazione ospedaliera del DSM (cos'è il TSO).

13° sezione – TASSI DI ASSENZA

Collegamento alla pagina assenza area personale Amministrazione Trasparente (invio dei tassi di assenza almeno trimestrale).

Guida ai servizi Presidi Ospedalieri

Struttura della “Guida ai servizi” Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud

La piattaforma on line di ogni Presidio Ospedaliero è suddivisa **in sezioni**:

1° sezione – L'OSPEDALE

Organizzazione del P.O. Unità operative, Uffici, Ambulatori, ecc. Chi, Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC, Modalità per il ricovero, modalità per accedere alle prestazioni sanitarie.

2° sezione – PRESTAZIONI SANITARIE

Prestazioni sanitarie, ambulatoriali e di ricovero, erogate (Costi Ticket – Tempi di Attesa – Dove e quando e come si prenota) divise per unità operative con nomi e cognomi dei direttori delle UUOCCC e dei medici che operano nei reparti e nei servizi.

3° sezione - IL SISTEMA DEL PRONTO SOCCORSO

Cosa è il Triage. Cosa è il Codice Bianco e come si paga. Comunicazioni sull'utilizzo appropriato dei servizi di emergenza ed urgenza, tutte le informazioni che il comitato di redazione ritiene utile (dove pagare i ticket).

5° sezione – URGENZE

SAUT-118, Continuità Assistenziale, ecc.

6° sezione – PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI

Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione (censimento già effettuato nell'ASL NA 3 SUD) Modulistica con inserito sempre il logo aziendale.

7° sezione – COME COMPORTARSI IN OSPEDALE

Le regole di convivenza – Orario Pasti –

Orario Visite, Sostegno per la libertà di culto, Rapporto con il Medico di Famiglia ed il Pediatra di

Libera Scelta, Modalità per la fruizione di diete particolari (celiaci, allergici, vincoli religiosi) Le modalità per le dimissioni protette. E rapporto con il distretto di residenza del cittadino. Servizio Sociale dove esistente.

8° sezione - ALPI

Tutte le informazioni circa l'erogazione delle prestazioni erogate in **attività libera professionale** attività **intramoenia** (Nome e Cognome del Professionista, autorizzazione, tariffa, modalità di pagamento, luogo ed indirizzo, orari di offerta delle prestazioni, tempo di attesa).

9° sezione – ASSOCIAZIONI

Tutte le **associazioni e/o cooperative** presenti nell'ospedale con le quali esistono protocolli d'intesa e/o convenzioni.

10° sezione – CARTELLA CLINICA

Tutte le informazioni per accedere alla copia della **cartella clinica** ad altre attestazioni (modulistica e costi e modalità di ritiro).

11° sezione INIZIATIVE DI TIPO SCIENTIFICO, EVENTI

Iniziative di tipo scientifico, eventi etc.

12° sezione - INFORMAZIONI UTILI

Tutte le **informazioni ritenute utili** dal Comitato di redazione coordinato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero (Le Domande più frequenti – Circolari – accordi con le associazioni – news etc).

13° sezione – PERSONALE, BUDGET E CICLO DELLA PERFORMANCE

Risorse Umane assegnate, divise per qualifica e posizione ed Unità operative – Budget assegnato

– Straordinario anno precedente – Partecipazione progetti speciali. – Schede Performance 01/02/03/04/05/06..

14° sezione - CARTA DEI SERVIZI

Pubblicazione Carta dei Servizi (analisi dei Fattori di criticità, Azioni di miglioramento – Impegni/Standard di Qualità – Sistema di monitoraggio e Controllo per gli impegni presi).

15° sezione – DELIBERE ADOTTATE E DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI

15° sezione – TASSI DI ASSENZA

Collegamento alla pagina assenza area personale Amministrazione Trasparente

Unità Operative Complesse ed Unità Operative Semplici Dipartimentali (“Guida ai Servizi”)

Struttura della “Guida ai servizi” Strutture centrali Asl Napoli 3 Sud

La piattaforma on line di ogni Struttura centrale è suddivisa in sezioni:

1° sezione – STRUTTURA

Struttura: Organizzazione della U.O.C.,Ecc. Chi, Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC

2° sezione – PERSONALE

Personale della UOC (N° Personale diviso per qualifica e posizione, straordinario anno precedente, progetti speciali a cui il personale afferente partecipa, rimborsi spese su base annua.

3° sezione - ELENCO DEI PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI

Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione (censimento già effettuato nell’ASL NA 3 SUD).

4° sezione - REGOLAMENTI PRODOTTI DALLA STRUTTURA

5° sezione – MODULISTICA IN USO

Modulistica con inserito sempre il logo aziendale (delibera n°1101 del 04/10/2010).

6° sezione – BUDGET ASSEGNATO

Budget assegnato – Straordinario anno precedente – Partecipazione progetti speciali.

7° sezione - DELIBERE PRODOTTE DALLA STRUTTURA (DI INTERESSE PUBBLICO)

8° sezione – DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI

9° sezione – RELAZIONI VALUTATIVE – OBIETTIVI – SCHEDE PERFORMANCE

Schede Performance 01/02/03/04/05/06.

9° sezione - TASSI DI ASSENZA

Collegamento alla pagina assenza area personale Amministrazione Trasparente.

Attenzione

Tutte le strutture hanno l'obbligo di pubblicare l'analisi dei processi a rischio malagestio secondo la metodologia adottata dal Piano Nazionale Anticorruzione adottato con delibera n. 1064 del 13 novembre 2019.

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 31.01.2020 / A:

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
X	DIRETTORE AMM. AZIENDALE	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
X	COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. AFFARI ISTIT. E SEGRETERIE	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	U.O.C. VAL. RISORSE UMAN E PERFORMANCE	
	U.O.C. AFFARI GENERALI	x U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. CONTROLLI INTEGRATI INT. ED EST.	DISTRETTO N. 55
		DIPARTIMENTO RADIODIAGNOSTICA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. COORD. ATT. RIABILITATIVE	DIPARTIMENTO MED. LAB. E ANATOMIA PAT.	DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ATTIVITA RIABILITATIVE	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
		COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. CURE PRIMARIE E ATTIVITA TERRITORIALI	DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIO	P.O. NOLA + STAB. POLLENA TROCCHIA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	P.O. CAST. + STAB. GRAGNANO
	U.O.C. COORD. CURE DOMICILIARI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	P.O. BOSCO + P.O. MARESCA
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	P.O. SORRENTO + P.O. VICO EQ.
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 48	DIPARTIMENTO AREA CRITICA
	U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE	DISTRETTO N. 49	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA SUD
	U.O.C. VALORIZZAZIONE E MANUT. PATRIMONIO IMMOBILIARE	DISTRETTO N. 50	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA NORD
	U.O.C. SISTEMI INFORMATICI ITC	DISTRETTO N. 51	U.O.C. COORD. COM. ETICO CAMPANIA SUD
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBNO	DISTRETTO N. 52	DIPARTIMENTO INTEGRATO MATERNO INFANTILE