



Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Giuliano Isontina

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2025-2027

| | |
|--|-----------|
| PREMESSA | 3 |
| SEZIONE 1 | 7 |
| SCHEMA ANAGRAFICA | 7 |
| Costituzione, sede legale, ambito territoriale | 7 |
| SEZIONE 2 | 9 |
| VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 9 |
| 2.1 VALORE PUBBLICO | 9 |
| Mission aziendale | 9 |
| Valori | 10 |
| Vision aziendale | 13 |
| Il Piano Attuativo aziendale | 14 |
| Sviluppo organizzativo | 15 |
| Piano strategico di sviluppo di ASUGI. | 15 |
| 2.2 PERFORMANCE | 20 |
| Programmazione degli obiettivi aziendali | 20 |
| IL CICLO DELLA PERFORMANCE | 20 |
| DEFINIZIONE ED ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI RELATIVAMENTE AD OGNI AMBITO DELLA PERFORMANCE | 21 |
| La Performance organizzativa | 24 |
| La Performance Individuale | 23 |
| IL PROCESSO DI MISURAZIONE E DI VALUTAZIONE IN CIASCUN AMBITO DELLA PERFORMANCE | 23 |
| Processo di valutazione della performance organizzativa | 24 |
| Processo di valutazione della performance individuale | 25 |
| Informatizzazione del ciclo della performance | 25 |
| Obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere | 26 |
| 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA | 31 |
| 2.3.1 CONTESTO ESTERNO ED INTERNO | 31 |
| SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE | 40 |
| 2.3.2 LA MAPPATURA DEI PROCESSI, L'IDENTIFICAZIONE E LA VALUTAZIONE DEI RISCHI | 48 |
| 2.3.3 MISURE DI PREVENZIONE E DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO | 59 |
| 2.3.4 TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO | 60 |
| SEZIONE 3 | 70 |
| ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | 70 |
| 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA | 70 |
| Gli Organi Istituzionali | 70 |
| Il Direttore Generale | 70 |
| La Direzione Strategica | 70 |

| | |
|--|-----------|
| L'assetto Organizzativo Generale | 71 |
| Le Strutture Aziendali e i livelli di responsabilità | 71 |
| I Dipartimenti Assistenziali e ad Attività Integrata | 71 |
| Le Strutture Complesse | 72 |
| Le Strutture Semplici Dipartimentali | 73 |
| Le Strutture Semplici | 73 |
| Il Processo | 73 |
| I Dipartimenti Interaziendali | 73 |
| Il Distretto | 73 |
| Il Dipartimento Assistenza Distrettuale | 76 |
| Il Dipartimento Specialistico Territoriale | 78 |
| Il Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale (DDSM) | 79 |
| Il Dipartimento Assistenza Territoriale | 80 |
| Il Dipartimento Di Prevenzione | 81 |
| Le Strutture Ospedaliere | 81 |
| Strutture Professionali, Tecniche, Amministrative | 82 |
| Le Responsabilità e le Competenze | 83 |
| Le Competenze dei Responsabili di Struttura | 83 |
| Gli Incarichi Dirigenziali | 83 |
| Incarichi del Personale del Comparto | 83 |
| 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE | 84 |
| 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE | 86 |
| Il contesto di riferimento | 86 |
| Scenario strategico | 86 |
| La programmazione complessiva del personale dipendente | 87 |
| I costi del personale | 87 |
| Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale | 87 |
| La Formazione | 88 |
| Premessa | 88 |
| Formazione strategica 2025 | 88 |
| SEZIONE 4 | 93 |
| MONITORAGGIO | 93 |
| 4.1 Monitoraggio relativo alla sezione “Valore pubblico” e “Performance” | 93 |
| 4.2 Monitoraggio relativo alla sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” | 93 |
| 4.3 Monitoraggio relativo alla sezione “Organizzazione e capitale umano” | 94 |
| ALLEGATO 1 – PIANO ATTUATIVO AZIENDALE 2025 | |
| ALLEGATO 2a – MAPPATURA DEI PROCESSI E VALUTAZIONE DEI RISCHI ANNO 2022 E 2023 | |
| ALLEGATO 2b – MAPPATURE DEI PROCESSI E VALUTAZIONI DEI RISCHI DELLE PRECEDENTI AZIENDE | |
| ALLEGATO 3 – MISURE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO | |
| ALLEGATO 3A - PROCEDURA PER LA ROTAZIONE STRAORDINARIA | |
| ALLEGATO 4 – ADEMPIMENTI E OBBLIGHI DI TRASPARENZA | |

Premessa

L'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è stata introdotta dal D.L. 80/2021, che all'art. 6 c. 1 ha previsto che "Per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Rimane fermo, in ogni caso, quanto previsto dal D.M. 30.6.2022 - di definizione dei contenuti e dello schema tipo del PIAO-, ovvero che "in ogni caso di differimento del termine previsto a legislazione vigente per l'approvazione dei bilanci di previsione, il termine del 31 gennaio è differito di trenta giorni successivi a quello di approvazione dei bilanci".

Posto inoltre che, ai sensi dell'art. 6, comma 7 bis del DL. 80/2021, le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui all'art. 6 su citato e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto ministeriale, va precisato quanto segue.

Ai sensi dell'art. 41 della L. R. 26/2015 la programmazione economica degli enti del Servizio sanitario regionale viene predisposta annualmente, in coerenza con la pianificazione e la programmazione della Regione. Per l'anno 2025, in data 6.12.2024, con Delibera di Giunta Regionale n. 1871, sono state adottate in via preliminare le linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale, approvate, poi, in via definitiva con DGR n. 2052 del 30.12.2024. In data 10 gennaio 2025, l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) ha trasmesso alle Aziende ed Enti del SSR le indicazioni operative per la redazione del Piano attuativo e del Bilancio preventivo 2025, precisando che

- le Aziende devono adottare e trasmettere all'ARCS la proposta di piano attuativo entro il 30 gennaio 2025, al fine di consentire la successiva fase negoziale;*
- agli esiti dell'attività di negoziazione il piano attuativo dovrà essere approvato dal Direttore Generale entro il 28 febbraio 2025 e trasmesso all'ARCS e al Collegio Sindacale per l'acquisizione del parere di competenza;*
- una volta acquisito il parere l'Azienda dovrà adottare il piano attuativo in via definitiva e trasmetterlo all'ARCS.*

Il Piano Attuativo contiene obbligatoriamente:

- *il bilancio preventivo economico annuale, come disciplinato dal decreto legislativo 118/2011, che include il conto economico preventivo e il piano dei flussi di cassa prospettici;*
- *la nota illustrativa;*
- *il Programma triennale dei lavori pubblici e il Programma triennale di acquisti di beni e servizi, nonché gli Elenchi annuali che definiscono gli investimenti da effettuare e le relative fonti di finanziamento;*
- *la relazione redatta dal Direttore generale;*
- *il conto economico preventivo dei Presidi ospedalieri;*
- *la programmazione del personale che dovrà contenere, secondo quanto previsto dagli artt. 6 e 6-ter del D.Lgs 165/2001 e del D.P.C.M. 8 maggio 2018 anche il Piano triennale dei fabbisogni di personale.*

In considerazione delle tempistiche di adozione del bilancio l'ASUGI ha adottato il PIAO 2025-2027 con Decreto del Direttore Generale n. 88 del 31.1.2025, riservandosi di aggiornare il PIAO entro 30 giorni dalla data di adozione del bilancio preventivo, in particolare con riferimento alle sezioni Performance / Programmazione degli obiettivi aziendali, Rischi corruttivi e trasparenza / Misure di prevenzione e trattamento del rischio e Organizzazione e Capitale Umano / Piano triennale dei fabbisogni del personale.

Il presente Piano viene quindi adottato al fine di allineare la programmazione attuativa aziendale con le previsioni delle specifiche sezioni del PIAO.

L'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina nasce dalla applicazione della LR 27/2018 "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale", con la quale è stata istituita dal 1 gennaio 2020 l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), che nasce dalla fusione dell'Azienda Sanitaria Universitaria di Trieste (ASUITS) e della parte Isontina dell'Azienda per l'Assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" (AAS 2).

L'obiettivo della ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale consiste nel:

- a) migliorare la capacità di presa in carico del cittadino per il suo bisogno di salute e la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali;
- b) perseguire l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale;
- c) migliorare il coordinamento dell'assistenza sul territorio regionale e garantire l'omogeneità dei servizi offerti;
- d) migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera e la sicurezza dei percorsi di cura, attraverso standard strutturali e qualitativi e attraverso l'individuazione di misure che ne rendano effettivo il monitoraggio;

- e) valorizzare il ruolo del distretto sanitario, anche con un corretto dimensionamento delle articolazioni territoriali;
- f) perseguire l'appropriatezza organizzativa attraverso rapporti strutturati tra gli ospedali e la costruzione di reti cliniche;
- g) perseguire l'innovazione clinico-professionale e organizzativo-gestionale valorizzando le professionalità del sistema e la collaborazione con le altre istituzioni di ricerca;
- h) riqualificare l'offerta sanitaria per rendere più efficace la spesa sanitaria e sociosanitaria e assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario regionale;
- i) valorizzare la partecipazione delle Università alla pianificazione e programmazione del settore sanitario;
- j) valorizzare la partecipazione delle Autonomie locali alla pianificazione e programmazione del settore sociosanitario;
- k) valorizzare gli organismi di volontariato e del privato sociale non a scopo di lucro, anche attraverso l'individuazione di adeguate sedi di consultazione.

A questo scopo, l'ASUGI ridefinisce ruoli, responsabilità, relazioni e meccanismi operativi della nuova Azienda, rispettando peculiarità, storia, cultura e tradizioni che modellano i comportamenti organizzativi delle due precedenti Aziende.

L'offerta dei servizi sanitari, è ridisegnata nell'ottica della semplificazione dei percorsi, dell'appropriatezza e della proporzionalità degli interventi, per un uso consapevole e responsabile delle risorse pubbliche, ampliando i setting di apprendimento di studenti, specializzandi e professionisti, consentendo loro di sviluppare competenze professionali all'interno di un sistema integrato di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione.

L'Azienda eroga e sviluppa, integrandoli, interventi di prevenzione, diagnosi e terapia poli specialistica, riabilitazione, ricerca e formazione, anche di rilievo nazionale e sovranazionale.

L'Azienda svolge in modo unitario ed inscindibile, a livello di cure primarie ed ospedaliere, le funzioni di assistenza, didattica e ricerca.

Organizza e gestisce le attività assistenziali e di ricerca clinica sia direttamente sia attraverso il governo delle reti cliniche integrate previste dalla programmazione del SSR, favorendo il trasferimento nell'attività assistenziale delle conoscenze acquisite con la ricerca clinica, la valutazione ed adozione di nuove tecnologie nonché l'implementazione di modelli gestionali innovativi.

Opera nel rispetto degli obiettivi istituzionali e di programmazione del SSR e dell'Università degli Studi di Trieste per la quale costituisce l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute.

La riorganizzazione conseguente alla attuazione della riforma del SSR porterà al potenziamento dell'offerta per la popolazione anziana, nella post-acuzie e riabilitativa, nonché all'integrazione funzionale ed operativa dei diversi erogatori.

Considerato che l'ambito di competenza dell'Azienda insiste su un territorio di confine, la cooperazione sanitaria transfrontaliera – ed in particolare con la Slovenia – rappresenta uno degli indirizzi strategici della programmazione aziendale, per favorire l'integrazione tra i relativi sistemi sanitari. A tal fine L'Azienda partecipa alle iniziative promosse dalla Regione in materia e favorisce ogni altra attività atta a sviluppare progetti di collaborazione transfrontaliera.

Sezione 1

SCHEDA ANAGRAFICA

Costituzione, sede legale, ambito territoriale

L'organizzazione ed il funzionamento di ASUGI sono disciplinati dall' Atto Aziendale di diritto privato, adottato con Decreto del Direttore Generale n. 454 del 19.5.2022.

L'Azienda è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e gode di autonomia imprenditoriale e tecnico-organizzativa.

La sede legale è situata in Trieste, Comprensorio di San Giovanni, via Costantino Costantinides n. 2 – CAP 34128.

Il sito internet: asugi.sanita.fvg.it, C.F. e P. IVA: 01337320327, indirizzo PEC: asugi@certsanita.fvg.it.

Il logo dell'Azienda è il seguente:



L'ambito territoriale è di 678,9 kmq, costituito dai territori dei Comuni che ne fanno parte:

- a) Provincia di Trieste – superficie di 212,8 kmq e 228.952 abitanti rilevati al 31.12.2023. Comprende i seguenti comuni: Duino-Aurisina/Devin Nabrezina, Monrupino/Repentabor, Muggia, San Dorligo della Valle-Dolina, Sgonico/Zgonik, Trieste;
- b) Provincia di Gorizia – superficie di 473,5 kmq e 138.430 abitanti rilevati al 31.12.2023. Comprende i seguenti comuni: Capriva del Friuli, Cormons, Doberdò del Lago/Doberdò, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Fogliano Redipuglia, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Grado, Mariano del Friuli, Medea, Monfalcone, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Floriano del Collio/Steuerjan, San Lorenzo Isontino, San Pier d'Isonzo, Savogna d'Isonzo/Sovodnje ob Soci, Staranzano, Turriaco, Villesse.



Sezione 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Mission aziendale

L'ASUGI quale ente strumentale del SSR e in coerenza agli indirizzi della LR 17 dicembre 2018 n. 27 (Assetto istituzionale e organizzativo del SSR), concorre alla realizzazione della missione del SSR della Regione FVG, partecipando alla promozione, al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona ad avere soddisfazione dalla vita ed esercitare pienamente i propri ruoli, ed interesse della collettività a condividere apprezzabili livelli di benessere.

L'integrazione tra SSR e Università rappresenta l'elemento costitutivo e fondativo di ASUGI che ne determina anche le finalità:

- la prevenzione e la promozione della salute delle persone e della comunità;
- l'assistenza alla persona ai diversi livelli di complessità e ad alto contenuto professionale e tecnologico nonché l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca con un approccio centrato sulla persona;
- l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e l'innovazione tecnologica in ambito preventivo, clinico, organizzativo e didattico, lo sviluppo della medicina personalizzata e della ricerca traslazionale;
- la formazione dei professionisti della sanità e la didattica nei corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia e in odontoiatria e protesi dentaria, nei corsi di laurea triennali di area sanitaria, scuole di specializzazione, master di primo e secondo livello, corsi di perfezionamento.

La risorsa principale e a più alto valore che costituisce patrimonio di ASUGI, per la realizzazione delle proprie finalità, è costituito dalle Persone/Professionisti che vi lavorano e dalle loro competenze. L'Azienda offre un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori; al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, una reale assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti. L'Azienda si impegna altresì a garantire la tutela della sicurezza, della salute e del benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in maniera attiva gli obblighi e i principi della normativa vigente.

In virtù di tale capitale umano ASUGI promuove l'adozione di percorsi, modelli e strumenti organizzativi innovativi che migliorino costantemente la qualità dei servizi e della vita lavorativa attraverso:

- l'attività di prevenzione, centrata sull'individuazione, la valutazione ed il contrasto dei principali fattori di rischio e la promozione della salute, basata sullo sviluppo dei fattori protettivi;
- l'erogazione di prestazioni sanitarie, previste dalle normative di riferimento (Livelli essenziali di assistenza – LEA), erogate sulla base di procedure e metodologie di dimostrata efficacia e la definizione di percorsi diagnostico terapeutici riabilitativi e assistenziali basati su criteri di qualità, efficacia, appropriatezza, efficienza, economicità, multidisciplinarietà e multi professionalità;
- la presa in carico delle persone con problemi salute espressi o potenziali ed in particolare di quelle più fragili e l'attuazione di progetti di cura personalizzati in rapporto alle condizioni (gravità, complessità ed intensità), esigenze e volontà degli assistiti;
- la continuità assistenziale e la proattività anche attraverso la sanità d'iniziativa al fine di favorire le cure domiciliari ed evitare il ricorso improprio all'ospedale e ad ogni forma di istituzionalizzazione.

L'Azienda promuove l'integrazione socio-sanitaria ai vari livelli in collaborazione con i Servizi Sociali degli Enti Locali, con le Associazioni dei cittadini e con il terzo settore e garantisce lo sviluppo del welfare comunitario e generativo con il fine ultimo di promuovere l'inclusione sociale, la continuità assistenziale ospedaliero – territoriale e favorire le cure domiciliari.

Il supporto e la facilitazione degli apprendimenti dei futuri professionisti si realizzano in attività di insegnamento e tutoraggio garantite da personale di ASUGI in collaborazione ed integrazione con l'Università degli Studi di Trieste ed altri enti formativi, sulla base di specifiche convenzioni.

Per la realizzazione delle proprie finalità, inoltre, l'ASUGI favorisce la partecipazione dei cittadini nella valutazione, nella verifica e nella programmazione dei servizi; promuove e partecipa a reti nazionali e internazionali e con altri enti, istituzioni, agenzie, impegnate nella prevenzione e promozione della salute e si adopera per implementare sistemi di comunicazione che facilitino la circolazione, la diffusione e la condivisione delle informazioni.

Valori

L'ASUGI considera quale valore fondante della propria attività la CENTRALITA' DELLA PERSONA e il suo PRENDERSI CURA:

- riconoscendo e rispettando la dignità e l'autonomia di ciascuno, il diritto di scelta e di partecipazione (non scelta e non partecipazione) delle persone nelle questioni che le riguardano, offrendo loro sostegno e ai loro Care Giver;

- garantendo a tutti trattamenti imparziali indipendentemente dalla cittadinanza, religione, orientamento sessuale, condizioni psicofisiche e socio-economiche (eguaglianza ed imparzialità) e assicurando equità di accesso ai servizi e la continuità assistenziale;
- assicurando alla persona tutte le informazioni inerenti l'offerta assistenziale;
- promuovendo la formazione e l'aggiornamento per mantenere elevati standard di competenze professionali basati sulle migliori evidenze scientifiche;
- garantendo le più idonee misure di sicurezza per il paziente e gli operatori
- promuovendo una leadership partecipativa capace di sviluppare il senso di appartenenza, la responsabilità professionale e sociale di ogni dipendente affinché' tutti contribuiscano a creare un buon clima di lavoro rispettoso della dignità e delle aspirazioni di tutti;
- promuovendo l'attivazione di processi di adeguamento diagnostico, terapeutico, tecnologico e favorendo la qualificazione dell'offerta assistenziale di ASUGI a livello regionale, nazionale ed internazionale.

L'ASUGI intende realizzare un'offerta assistenziale centrata sulla persona attraverso un sistema valoriale basato sulla cultura del RISPETTO attraverso lo sviluppo di percorsi che favoriscano, da un lato, una risposta clinica e assistenziale appropriata, sicura e di qualità, costruita attorno ai bisogni delle persone e dall'altro l'attuazione di processi di ricerca, formazione e didattica innovativi e competitivi.

La cultura del Rispetto si esplicita attraverso i seguenti VALORI:

Responsabilità

Integrazione e **I**nnovazione

Sostenibilità e **S**icurezza delle cure

Partecipazione

Etica della cura

Tempestività

Trasparenza

Orgoglio

Responsabilità

ASUGI in tutte le sue articolazioni, si impegna a dar conto ai cittadini e ai portatori di interesse delle attività intraprese e dei risultati conseguiti attraverso la realizzazione di un sistema di responsabilità che rende chiari ed evidenti i diversi livelli di autonomia e di decisionalità, gli obiettivi, gli impegni assunti/ attesi e tutto ciò che ne consegue. L'Azienda promuove nel personale la consapevolezza di utilizzare le risorse pubbliche in modo appropriato ed efficiente.

Integrazione e Innovazione

ASUGI ritiene l'integrazione e l'innovazione quali approcci e modalità stabili e irrinunciabili di funzionamento in quanto permettono di realizzare sinergie positive tra le diverse autonomie del sistema e di costruire alleanze e partnership attraverso la condivisione di risorse, conoscenze ed esperienze, modelli organizzativi al fine di migliorare la qualità del servizio e comporre le ragioni di prossimità e accessibilità dei servizi con quelle di efficacia ed efficienza. ASUGI intende perseguire l'integrazione ai vari livelli: istituzionale, gestionale, funzionale-gestionale e professionale.

Sostenibilità e Sicurezza delle cure

L'agire dell'organizzazione in tutte le sue articolazioni deve essere volto a garantire servizi di qualità, affidabili, appropriati e sicuri attraverso un buon governo dei fattori produttivi salvaguardando il principio della convergenza tra tutela dei livelli assistenziali previsti dai LEA e la sostenibilità economica secondo il miglior rapporto costo/efficacia/sicurezza.

Partecipazione

L'Azienda vede nella partecipazione la promozione di processi decisionali cooperativi, trasparenti ed inclusivi, in grado di arricchirsi continuamente e di modellarsi sulle nuove e diverse esigenze, al fine di migliorare la qualità ed il livello dei servizi offerti. Inoltre ASUGI collabora con altri enti, istituzioni, con il terzo settore e con il privato accreditato per garantire servizi più aderenti alle necessità dei cittadini che si rivolgono ai servizi sanitari e favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze.

Etica della cura

L'ASUGI richiama e promuove costantemente i principi professionali ed etici dell'attività clinico assistenziale, per realizzare, attraverso un'alleanza fra professionisti e paziente, che si basa sul rispetto reciproco, sull'onestà intellettuale, sulla responsabilità individuale e su un'appropriata capacità di documentare, rendicontare e comunicare, la promozione e il ripristino dello stato di salute. L'etica professionale rappresenta una condizione essenziale dell'etica della cura che si esprime nella capacità di rispettare i diritti e la dignità altrui, di essere parte della cura, che altri prestano, di sentirsi parte nella costruzione del bene comune. L'ASUGI si impegna inoltre a contrastare ogni forma di contenzione in ogni setting di cura e a promuovere cure libere da contenzione.

Tempestività

L'Azienda considera prioritario garantire una risposta terapeutica ed assistenziale tempestiva, nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa e del governo clinico. La tempestività richiede non solo la capacità di mettere in campo le migliori pratiche, cliniche assistenziali ed organizzative, ma anche di rispondere in modalità personalizzata ai bisogni complessi della persona. Una risposta tempestiva richiede che il comportamento professionale e organizzativo sia flessibile e non

resistente al cambiamento, ogni qualvolta ciò sia motivato da oggettive necessità di migliorare l'assistenza e/o il rendimento delle risorse impiegate.

Trasparenza

L'Azienda rende semplici, disponibili e accessibili le informazioni necessarie ai beneficiari per scegliere, orientarsi ed accedere alle prestazioni sanitarie, attraverso lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria, quale strategia di progressivo e consapevole accrescimento delle capacità degli individui, di trovare informazioni, comprenderle e utilizzarle per operare delle scelte che abbiano effetto sullo stato di salute e quindi quale strumento di promozione della salute. L'Azienda attua le disposizioni previste dal Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", quale presupposto per l'affermazione di un modello di amministrazione aperta.

Orgoglio

La condivisione dei valori aziendali ad ogni livello sviluppa l'orgoglio e il senso di appartenenza per il SSR e per ASUGI; l'orgoglio di aver contribuito e di contribuire a realizzare un'esperienza regionale in cui la tutela della salute ha trovato modelli organizzativi e risposte assistenziali innovative, di qualità e sostenibili.

Vision aziendale

L'ASUGI partecipa, nell'ambito di un sistema regionale unitario e integrato di servizi sociali, sociosanitari e sanitari, alla realizzazione di un sistema salute universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella Regione. La strategia dell'ASUGI, nel contesto di riferimento in cui opera, sostanzialmente è orientata a:

- qualificare il governo della domanda attraverso lo sviluppo della capacità di analisi dei bisogni di salute della popolazione al fine di garantire un'offerta dei servizi preventivi, clinico-assistenziali e riabilitativi qualificata, appropriata, personalizzata e volta alla creazione di valore aggiunto per il paziente/cittadino;
- consolidare e potenziare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale sviluppando e qualificando ulteriormente l'accesso a tutti i servizi della rete aziendale e la presa in carico globale e personalizzata, favorendo un'organizzazione a rete, flessibile e aderente ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi rivolta ai singoli, alle famiglie e alla comunità;
- ampliare le reti di assistenza aziendali, interaziendali ed interistituzionali, per migliorare qualitativamente la continuità assistenziale al cittadino, in termini di sviluppo di integrazione multidisciplinare e multi professionale, tra diverse forme assistenziali e tra ospedale e territorio;

- potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere all'evoluzione dei bisogni degli individui e della collettività, consolidando e potenziando la rete delle cure primarie, la sanità d'iniziativa, le cure domiciliari, le cure intermedie e l'appropriatezza delle attività specialistica e di ricovero favorendo la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi e a soluzioni organizzative integrate;
- potenziare e specializzare l'offerta ospedaliera sviluppando ulteriormente il modello HUB e SPOKE aumentando e migliorando la capacità di risposta a bisogni che esprimono livelli di complessità sempre maggiori;
- porsi come centro di produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca sia in ambito territoriale che ospedaliero promuovendo il sistema delle alleanze interistituzionali a livello aziendale, regionale, nazionale ed europeo;
- sostenere le scelte strategiche valorizzando fortemente le proprie risorse umane, lo sviluppo professionale e la motivazione dei professionisti appartenenti a tutte le famiglie professionali.

Il Piano Attuativo aziendale

L'art. 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 dispone che nel PIAO siano definiti gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.

Nell'ambito del PIANO ATTUATIVO 2025, adottato in via definitiva con Decreto del Direttore Generale n. 287 del 11.04.2025, successivamente integrato con Decreto n. 377 del 14.5.2025, Allegato n. 1 del presente Piano, sono stati definiti gli Obiettivi Strategici e le Linee Progettuali aziendali, in linea con la quanto previsto dal documento di programmazione "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025" adottate in via preliminare *in data 6.12.2024, con Delibera di Giunta Regionale n. 1871 e, in via definitiva, con DGR n. 2052 del 30.12.2024*, con il quale sono stati definiti gli obiettivi annuali aziendali, le progettualità 2024, le risorse disponibili e criteri di finanziamento per gli Enti del SSR.

Il Piano Attuativo 2025, Allegato 1 del presente Piano, è consultabile anche sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione trasparente / Performance/ Piano della Performance / 2025, al link https://asugi.sanita.fvg.it/it/amm_trasp_asugi/06_performance/piano_performance/01_2025.html.

Sviluppo organizzativo

Con il Decreto del Direttore Generale n. 215 del 15.3.2024 è stato adottato il Documento di Programmazione – Piano strategico di sviluppo di ASUGI, al fine di orientare l'organizzazione verso il cambiamento, il miglioramento, la valorizzazione dei processi e la massimizzazione del valore creato in termini di prestazione erogata.

Piano strategico di sviluppo di ASUGI.

Strategia generale

La Struttura Complessa Innovazione e Sviluppo Organizzativo - Internal Auditing (in seguito: “la Struttura”) guida il cambiamento utilizzando metodologie come Lean Thinking e Project Management. Si concentra sulle iniziative strategiche, promuove una cultura aziendale orientata all'innovazione e supporta la Direzione Strategica nell'individuare aree di miglioramento;

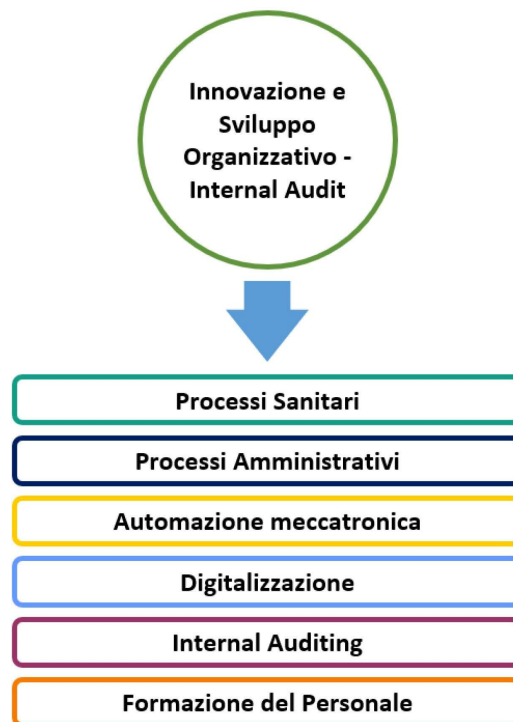
mediante un'attività di ricognizione mirata e una valutazione periodica dei bisogni aziendali, la Struttura si assicura che le iniziative di sua competenza siano sempre rilevanti e produttive.

Analisi del contesto

La Struttura opera con un significativo potenziale di sviluppo all'interno dell'Organizzazione, stante quanto esposto in premessa. Vi è inoltre una significativa opportunità per attuare un'intensa attività di formazione del personale aziendale al fine di diffondere le conoscenze e aumentare le probabilità di successo delle iniziative di cambiamento e di miglioramento.

Aree Strategiche

Gli obiettivi della Struttura e le sue linee di azione insistono sostanzialmente su sei macrofamiglie tematiche: processi sanitari, processi amministrativi, automazione mecatronica, digitalizzazione, internal auditing e formazione del personale.



Obiettivi strategici di breve e medio termine (1-2 anni)

La Struttura identifica i seguenti obiettivi, che saranno oggetto di revisione periodica, secondo le indicazioni e le richieste della Direzione Strategica e delle Direzioni dei Dipartimenti e delle Strutture:

- creazione di un "Lean team" per l'analisi dei processi perioperatori presso PO Cattinara;
- studio di soluzioni innovative per la gestione automatizzata di farmaci e dispositivi medici;
- supporto alla SC DAPOT per mappatura processi e formazione del personale in tal senso, con lo scopo di standardizzare e fissare in procedura i principali processi di lavoro, superando in questo modo anche i residui disallineamenti tra le aree Giuliana e Isontina;
- mappatura del processo aziendale relativo alla "Libera professione";
- analisi preliminare finalizzata alla valutazione della "Implementazione Modello Integrato Multidisciplinare Gestione Pazienti con Scopenso Cardiaco";
- supporto all'analisi dei bisogni sui sistemi informativi;

Obiettivi strategici di medio e lungo termine (3-5 anni)

- analisi processi ed efficientamento in ottica Lean della SC Oncologia di Trieste;
- supporto al progetto ASUGI di Digitalizzazione della gestione delle Sale Operatorie e Terapie Intensive in relazione ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) chirurgici;
- Integrazione e ulteriore consolidamento attività di Internal Auditing;
- formazione del personale sul Project Management.
-

Strumenti

La Struttura intende adottare e diffondere due importanti strumenti metodologici quali Lean Thinking/Lean Management e Project Management, questi, pur costituendo discipline diverse, presentano solidi punti di contatto e possibilità di sinergia;

il Lean Thinking/Lean Management si concentra sull'eliminazione degli sprechi e sull'ottimizzazione dei processi per migliorare l'efficienza e la qualità. La disseminazione, sperimentazione e implementazione di metodologie Lean, ispirate a standard e norme quali ISO 9001, ISO 14001, nonché ai principi del Toyota Production System e alla ISO 45001, saranno centrali per ridurre le inefficienze e migliorare la produttività nell'Organizzazione. Allo scopo di potenziare ulteriormente la capacità di ottimizzazione e l'impegno per l'eccellenza operativa della stessa, potrà altresì essere valutata l'adozione della metodologia Six Sigma, codificata tra l'altro dalla norma ISO 13053, la quale mira a migliorare la qualità dei processi aziendali riducendo al minimo la variabilità e gli errori, presenta inoltre punti di contatto e interessanti complementarità con il Lean Thinking, codificate ad esempio nella norma ISO 18404. Tali metodologie potranno essere implementate anche mediante l'attuazione di programmi di certificazione del personale quali "Green Belt" e "Black Belt";

il Project Management riguarda la pianificazione, l'organizzazione e il controllo delle attività per raggiungere gli obiettivi di progetto entro vincoli prestabiliti. La gestione efficace dei progetti potrà essere garantita attraverso l'adozione di comprovate metodologie di project management come ad esempio PM-BOK, ISO 21500, Agile. Verrà presa in considerazione anche l'opportunità di misurare il livello di maturità nel project management dell'Organizzazione, mediante metodologie codificate quali ad esempio ISIPM Prado;

la sinergia tra Lean Thinking/Lean Management e Project Management può avvenire attraverso l'applicazione dei principi Lean all'interno del Project Management per ridurre gli sprechi di tempo e risorse, migliorare la produttività e ottimizzare i processi durante il ciclo di vita del progetto. Il Project Management, a sua volta, può supportare e migliorare l'esecuzione delle iniziative Lean;

la Collaborazione Interfunzionale sarà un altro pilastro fondamentale, perseguito attraverso lo sviluppo di collaborazioni e sinergie con altre Strutture Aziendali. La Struttura parteciperà attivamente a gruppi di lavoro interdisciplinari per condividere conoscenze ed esperienze, favorendo un approccio olistico alle sfide aziendali;

altro strumento chiave sarà costituito dalla Formazione Continua aziendale, attraverso lo sviluppo di programmi formativi interni all'Organizzazione e l'eventuale collaborazione con fornitori esterni per offrire opportunità di apprendimento specifiche. Questo garantirà la crescita costante delle competenze delle figure aziendali che prenderanno parte a tali percorsi formativi.

Punti di azione strategici

Gli obiettivi strategici e gli strumenti citati si declinano pertanto nei seguenti punti:

- valutazione periodica dei bisogni aziendali, effettuata coinvolgendo attivamente gli interlocutori nella raccolta e analisi di tali bisogni per garantire che le iniziative siano sempre rilevanti e allineate agli obiettivi aziendali;
- promozione dell'Innovazione come motore del cambiamento, perseguita identificando e adottando le migliori pratiche nel campo dell'innovazione stessa, incoraggiando quindi l'implementazione di soluzioni innovative nei processi e nei progetti aziendali;
- forte accento sulla Collaborazione Interfunzionale;
- diffusione del Lean Thinking/Lean Management;
- studio per l'eventuale introduzione della metodologia Six Sigma;
- diffusione della Gestione Efficace dei Progetti attuata attraverso l'adozione di comprovate metodologie di Project Management. Possibilità di misurazione del livello di maturità nel project management dell'Organizzazione mediante metodologie codificate;
- focus sulla Formazione Continua, attraverso lo sviluppo di adeguati programmi formativi;
- comunicazione come elemento centrale, gestita mediante la definizione di un piano chiaro ed efficace, che valorizzi un uso appropriato ed efficiente di tutti i canali comunicativi a disposizione;
- monitoraggio ed eventuale coinvolgimento attivo degli stakeholder nel processo decisionale e nella definizione degli obiettivi, passo cruciale per garantire il corretto allineamento degli sforzi e una visione condivisa del governo aziendale.

Implementazione di adeguate strategie mirate al conseguimento degli obiettivi prefissati

La Struttura adotterà una serie di linee guida operative interne volte a conseguire gli obiettivi strategici, mediante:

- pianificazione dettagliata delle attività proprie, con la definizione chiara degli obiettivi e delle fasi di ogni progetto mediante l'utilizzo di tecniche standardizzate di project management;
- procedure interne standard, documentate e condivise internamente, affinché tutti i membri della Struttura possano aderire alle stesse pratiche operative;
- formazione continua dei membri della Struttura, come metodo per affrontare con successo i progetti complessi, tale formazione sarà anche "on the job", al fine di promuovere ulteriormente la crescita delle competenze necessarie;
- sistema interno di monitoraggio continuo dei feedback ricevuti dall'Organizzazione e dagli stakeholder, fondamentale per permettere alla struttura di attuare le eventuali necessarie rettifiche ai propri processi, valorizzando le eventuali "lessons learned";
- selezione e monitoraggio degli Indicatori Chiave di Performance (KPI) mappati sui processi interni alla Struttura, dei quali si riconosce l'importanza in quanto strumenti cruciali per una valutazione accurata dei progressi conseguiti e per assicurare l'aderenza agli obiettivi

strutturali. La definizione e la regolare verifica dei KPI costituisce un supporto fondamentale per prendere decisioni informate;

- identificazione e valutazione dei potenziali rischi, stabilendo piani di mitigazione, al fine di preparare la Struttura stessa ad affrontare eventuali ostacoli con tempestività ed efficienza;
- gestione di un appropriato piano della comunicazione interna.

2.2 PERFORMANCE

Programmazione degli obiettivi aziendali

Per quanto riguarda la “programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza ed efficacia” con Decreto del Direttore Generale n. 287 del 11.04.2025 il Direttore Generale ha approvato in via definitiva il Piano Attuativo aziendale 2025, successivamente integrato con Decreto n. 377 del 14.5.2025; con un ulteriore documento, in fase di perfezionamento, sarà definito il Piano complessivo aziendale che formalizza il quadro degli obiettivi incentivanti assegnati ai Centri di Responsabilità aziendali.

Il Piano Complessivo Aziendale costituirà parte integrante del presente piano; sarà consultabile nella sua interezza sul sito web aziendale alla sezione Amministrazione trasparente / Performance/ Piano della Performance / 2025 – Budget – Obiettivi anno 20, al link: https://asugi.sanita.fvg.it/it/amm_trasp_asugi/06_performance/piano_performance/01_2025.html.

In merito al processo di definizione, misurazione e valutazione degli obiettivi si riporta, di seguito, quanto descritto nel “Sistema di misurazione e valutazione della Performance” (documento adottato con Decreto n. 820 del 30 settembre 2020 disponibile sul sito web aziendale alla sezione *Amministrazione Trasparente / Performance/ Sistema di misurazione e valutazione della performance*, al link:

https://asugi.sanita.fvg.it/it/amm_trasp_asugi/06_performance/sistema_misurazione_valutazione_performance.html).

IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Nella sottosezione di programmazione, viene illustrato il piano aziendale che vuol essere lo strumento attraverso il quale l’Azienda, nel quadro dei principi generali sanciti dalla missione aziendale e delle indicazioni regionali, delinea la visione strategica per il triennio 2025 – 2027. Il piano declina i target prefissati per ogni obiettivo per gli anni 2025, 2026 e 2027, tenendo conto che la programmazione aziendale, deriva strettamente da quella regionale di cui alla Delibera di Giunta Regionale 2052 del 30.12.2024 “LR 22/2019. Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2025. approvazione definitiva. Finanziamento agli enti del SSR per l’anno 2025 – assegnazione e erogazione in via provvisoria”, con la quale sono stati definiti gli obiettivi annuali e i risultati attesi per il sistema sanitario regionale per l’anno in corso e recepita da ASUGI per le parti di competenza con il decreto di approvazione del “Piano attuativo e Bilancio preventivo per l’anno 2025”. Il programma annuale coincide con quanto riportato e identificato nel target 2025. La Regione non ha attuato una programmazione con un orizzonte temporale triennale e pertanto il

target per gli anni 2026 e 2027 è stato definito, ove possibile, nell'ipotesi di una continuità programmatoria negli atti regionali. In Appendice 1 sono illustrati gli obiettivi di performance.

DEFINIZIONE ED ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI RELATIVAMENTE AD OGNI AMBITO DELLA PERFORMANCE

Il ciclo di gestione della performance, secondo il D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., si articola nelle seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa a cadenza annuale tramite tre strumenti operativi:

1. il processo di adozione del Piano Attuativo (PA) attraverso il quale si intende valorizzare la performance aziendale nel suo complesso;
2. il processo di budget attraverso il quale si intende valorizzare la performance organizzativa cioè l'insieme dei risultati attesi delle singole unità organizzative (CDR);
3. la valutazione individuale attraverso la quale si intende valorizzare la performance (risultati ottenuti e comportamenti agiti) del singolo dipendente;

Il Ciclo di gestione delle Performance in ASUGI si sviluppa su tre diversi livelli tra loro necessariamente collegati:

- il livello aziendale
- il livello delle articolazioni organizzative
- il livello individuale

La performance organizzativa esprime il risultato raggiunto dall'Azienda, nel suo complesso e nelle sue strutture organizzative, nel perseguimento dei propri obiettivi istituzionali, strategici ed operativi. La performance istituzionale afferisce alla realizzazione degli obiettivi complessivi nel quadro della sua mission e degli ambiti istituzionali di intervento. La performance di struttura corrisponde al contributo che ciascuna unità organizzativa fornisce per il raggiungimento degli obiettivi complessivi dell'amministrazione. La performance individuale, invece, concerne il contributo dei singoli alle diverse unità organizzative e (più generalmente) all'azienda complessivamente considerata.



I tre livelli sono tra loro integrati in modo da assicurare il perseguimento degli obiettivi strategici ed operativi aziendali. I macro-obiettivi aziendali vengono declinati ed assegnati alle diverse articolazioni organizzative (centri di responsabilità) mediante un processo di negoziazione che tiene conto delle competenze e delle responsabilità di ogni struttura. A sua volta, il Direttore/Responsabile della struttura provvede a definire gli obiettivi individuali all'interno della propria équipe, in coerenza con gli obiettivi assegnati alla struttura stessa.

Gli attori del ciclo della performance sono:

- Il Direttore Generale
- I Direttori Amministrativo, Sanitario e Socio - sanitario
- I Servizi di Staff (Innovazione Programmazione e Controllo di Gestione – Internal Auditing)
- I Responsabili dei Centri di responsabilità (Centri di attività e Centri di risorsa)
- L'Organismo Indipendente di Valutazione della prestazione

Il Direttore Generale traduce gli indirizzi di politica sanitaria definiti a livello regionale e locale in indirizzi per la gestione aziendale attraverso la definizione del quadro di riferimento strategico (mappa strategica), obiettivi operativi e relativi indicatori di risultato, definisce gli assetti organizzativi e l'articolazione dei livelli di responsabilità e di autonomia gestionale e tecnico/professionale e le eventuali modificazioni, approva le schede di budget sulla base della proposta e le eventuali modificazioni condivisa in sede di negoziazione, valuta in corso d'esercizio le eventuali richieste di revisione degli obiettivi di budget e le approva, ove necessario, garantisce il collegamento del percorso di assegnazione degli obiettivi con i meccanismi operativi aziendali e col sistema premiante.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario coadiuvano il Direttore Generale nelle funzioni sopra elencate, definiscono con la Programmazione le linee operative per la formulazione degli obiettivi di budget da parte delle Strutture e partecipano agli incontri di negoziazione

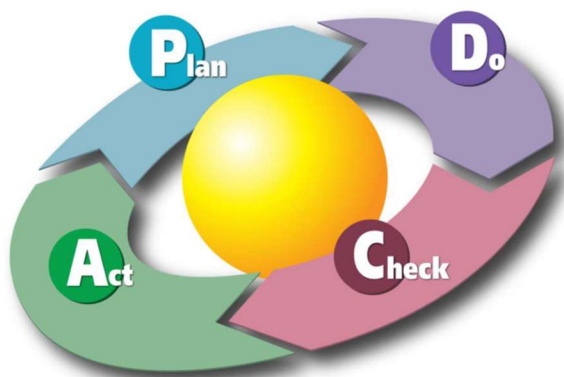
Il servizio di Innovazione Programmazione e Controllo di Gestione – Internal Auditing svolge funzioni di gestione, coordinamento e controllo del processo di assegnazione annuale degli obiettivi e delle relative risorse ai Centri di Responsabilità, con compiti di negoziazione, aggregazione e consolidamento degli stessi, nel rispetto dell'unitarietà della gestione e delle finalità complessive aziendali. Nell'ambito degli incontri di negoziazione, si avvalgono del supporto tecnico operativo di altri Servizi di Staff e dei Centri di risorsa. Inoltre, verifica periodicamente l'andamento delle attività e dei costi, ciascuno per la propria area di competenza e fornisce parere e supporto tecnico al Direttore generale in ordine ad eventuali richieste di revisione di budget.

I Centri di Attività (Responsabilità): sono unità organizzative cui compete il perseguimento efficace ed efficiente degli obiettivi negoziati e delle risorse assegnate, nell'ambito del percorso di budget. A capo di ciascun Centro di attività è posto un Responsabile, individuato dal Direttore Generale, il quale si occupa, in posizione di autonomia e responsabilità, della gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali e del conseguimento degli obiettivi di attività annualmente assegnati. I Responsabili dei Centri di attività non hanno discrezionalità in ordine alle modalità di acquisizione dei fattori produttivi, la cui responsabilità rimane esclusivamente in capo ai Responsabili dei Centri di risorsa competenti.

I Centri di Risorsa: sono unità organizzative cui compete il perseguimento efficace ed efficiente dei processi di acquisizione, amministrazione, sviluppo e dismissione dei fattori produttivi. Essi forniscono i pareri richiesti in sede di negoziazione e monitoraggio degli obiettivi e sono tenuti a rispettare i tempi di consegna delle risorse assegnate ai Centri di attività nonché a redigere rapporti periodici sull'andamento della spesa per la risorsa di competenza. Al vertice di ciascun Centro di risorsa è posto un Responsabile, individuato dal Direttore Generale, al quale compete l'adozione di tutti gli atti e provvedimenti amministrativi (inclusi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno) necessari per l'acquisto, gestione e pagamento dei fattori produttivi, nel rispetto del tetto di spesa (budget) definito annualmente con apposito decreto del Direttore Generale. L'ambito di autonomia e responsabilità dei predetti Responsabili è esteso, a norma dell'art. 4 del T.U. n. 165/2001, anche a tutti gli altri provvedimenti connessi alla gestione delle risorse di cui risultano assegnatari, esclusi quelli di esclusiva competenza del Direttore Generale.

L'organismo Indipendente di Valutazione (OIV) svolge le funzioni previste dal comma 4 dell'art. 14 del D.Lgs n.150/2009, così come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 74, ed ogni altra competenza prevista dalla normativa e dai CCNL vigenti.

Il concetto di miglioramento continuo può essere rappresentato con il ciclo di Deming (o PDCA), un modello per il miglioramento continuo della qualità in un'ottica a lungo raggio.



Serve per promuovere una cultura della qualità che è tesa al miglioramento continuo dei processi e all'utilizzo ottimale delle risorse. La sequenza logica dei quattro punti ripetuti per un miglioramento continuo è la seguente:

P - Plan. Pianificazione: si stabiliscono gli obiettivi e i processi necessari per raggiungerli.

D - Do. Esecuzione del programma, dapprima in contesti circoscritti. Si attua il piano, si esegue il processo, si crea il prodotto/servizio. Contestualmente si raccolgono i dati per la creazione di grafici e analisi da destinare alle fasi di "Check" e "Act".

C - Check. Test e controllo, studio e raccolta dei risultati e dei riscontri. Si analizzano i risultati misurati e raccolti nella fase "Do" e si confrontano con i risultati attesi, così come erano stati definiti nel "Plan". Si cercano eventuali differenze (deviazioni).

A - Act. Azione per rendere definitivo e/o migliorare il processo (estendere quanto testato dapprima in contesti circoscritti all'intera organizzazione).

Si confrontano i risultati ottenuti con quanto previsto nel "Plan", se sono presenti differenze significative si analizzano per determinarne le cause e decidere dove applicare ulteriori modifiche per ottenere il miglioramento, si attuano le azioni correttive così decise.

La trasparenza dei procedimenti, degli atti e della documentazione di supporto è pienamente assicurata: per ogni fase dei singoli processi, vengono rendicontati i risultati raggiunti agli organi ed organismi di controllo interno, agli enti sovraordinati ed agli stakeholder esterni, sia mediante i canali istituzionali di natura amministrativa, sia attraverso la pubblicazione dei documenti sul sito Internet dell'Azienda (sezione Amministrazione trasparente/Performance).

La Performance organizzativa

La valutazione della Performance organizzativa opera a tutti i livelli organizzativi in funzione dei ruoli ricoperti e delle aree di responsabilità previste nell'Atto Aziendale. Oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti alle singole unità organizzative nell'ambito del processo di budget ed indentificati come incentivati.

Il processo di budget si colloca nel più ampio processo di programmazione e controllo annuale, disciplinato dalle vigenti leggi nazionali e regionali in materia.

Il ciclo di gestione della performance, secondo il D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi (stakeholder).

All'interno delle schede di budget sono presenti sia obiettivi che discendono dal Piano Attuativo che obiettivi individuati dalla Direzione Strategica o proposti direttamente dalle strutture.

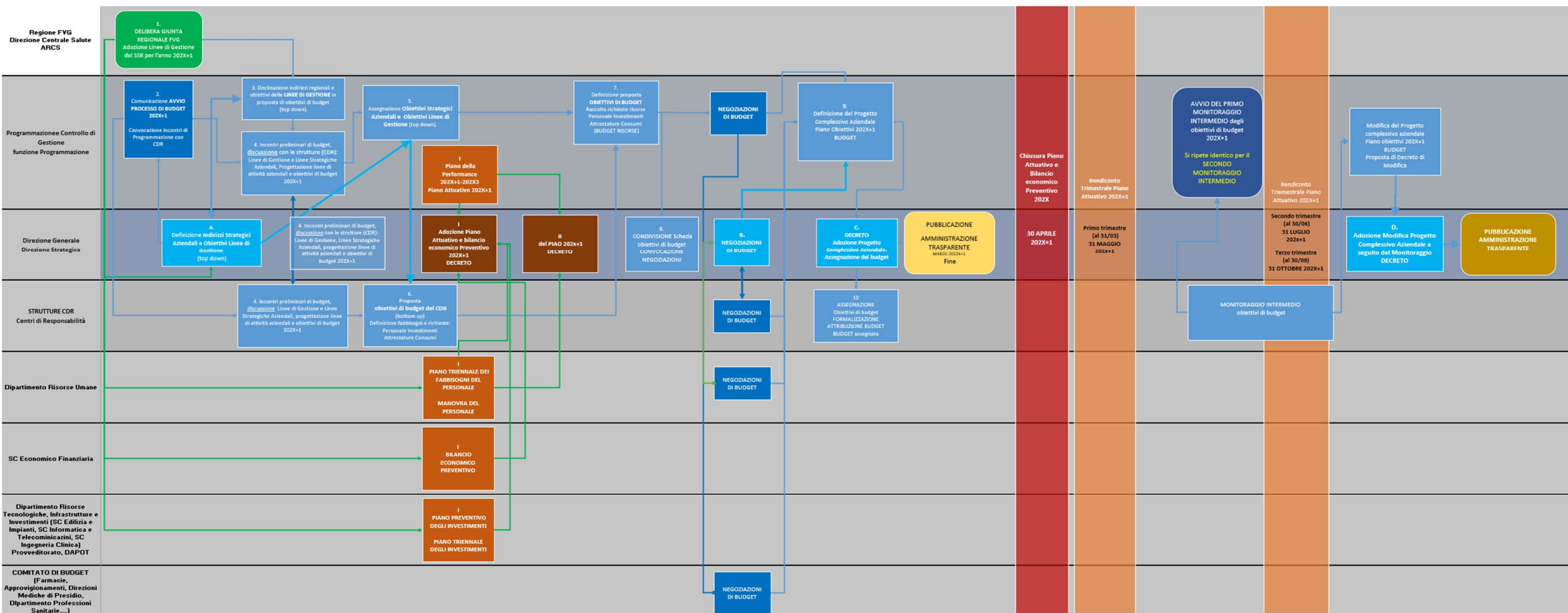
La valutazione dei risultati raggiunti, a consuntivo, viene svolta, di norma, entro i primi mesi dell'anno successivo da parte del valutatore di prima istanza che ha diretta conoscenza dell'operato dell'articolazione organizzativa assegnataria dell'obiettivo ovvero da altri soggetti specificatamente identificati in sede di budget. Tale valutazione deve essere successivamente verificata e validata dall'OIV entro il 30 giugno dell'anno successivo, come previsto dal D. Lgs. 150/09 e s.m.i., come viene riportato nello schema di flusso sottostante.

| | Dicembre 202X | Gennaio 202X+1 | Febbraio 202X+1 | Marzo 202X+1 | Aprile 202X+1 | Maggio 202X+1 | Giugno 202X+1 |
|--|---|---|---|-------------------------------------|---|--|-----------------------------|
| Sistema Performance | Monitoraggio al 31/12 attivo | Monitoraggio al 31/12 attivo | Monitoraggio al 31/12 attivo | VALUTAZIONE FASE I-II-III REPORTING | VALUTAZIONE FASE I-II-III- IV REPORTING | Publicazione dei Risultati Valutazione REPORTING | |
| Programmazione | Avvio Processo di valutazione Performance | Supporto alla misurazione e valutazione Performance | Supporto alla misurazione e valutazione Performance | VALUTAZIONE | Presentazione metodologia e risultati della valutazione all'OIV | Trasmissione dei risultati finali. Report di valutazione | Relazione sulla Performance |
| STRUTTURE CDR | Rendiconto obiettivi di budget Monitoraggio misuratori | Rendiconto obiettivi di budget Monitoraggio misuratori | Rendiconto obiettivi di budget Monitoraggio misuratori | | | | |
| Responsabile CDR | | Validazione monitoraggio misuratori | Validazione monitoraggio misuratori | | | | |
| Valutatore di I Istanza | | | | VALUTAZIONE I Istanza FASE III | | | |
| Valutatore di II Istanza | | | | | VALUTAZIONE FASE IV II Istanza OIV | | |
| SC Gestione Risorse Umane - Area Economica e Relazioni Sindacali | | | | | | Elaborazione e inserimento sistema pagamenti | Liquidazione incentivi |

In rosso le attività disponibili tramite le funzioni di Performance – RW10

Il processo di budget si colloca nel più ampio processo di programmazione e controllo annuale, disciplinato dalle vigenti leggi nazionali e regionali in materia, di cui si riportano di seguito le fasi del processo:

Processo di programmazione – Ciclo della performance



Nell'immagine seguente sono rappresentate le fasi del processo di programmazione e dell'integrazione della performance istituzionale e della performance di struttura.



Gli obiettivi assegnati ai singoli Centri di responsabilità (CDR) devono essere:

1. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione
2. specifici e misurabili in termini concreti e chiari al fine di consentire un confronto tra risultato atteso e risultato raggiunto; il confronto è il parametro di riferimento per il controllo e per la valutazione;
3. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
4. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale ed internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni sanitarie analoghe;
5. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
6. correlati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili;
7. condivisi con i C.d.R. interessati e controllabili dagli stessi.

All'interno delle schede di budget sono presenti sia obiettivi che discendono dal Piano attuativo locale che obiettivi individuati dalla Direzione strategica sia obiettivi proposti direttamente dalle strutture.

La Performance Individuale

La performance individuale, ai sensi dell'art. 9 del d.lgs.150/2009, è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione, ovvero il contributo fornito dal singolo al conseguimento della performance complessiva dell'organizzazione e/o dell'unità organizzativa di appartenenza. Le dimensioni che compongono la performance individuale sono:

- **risultati**, riferiti agli obiettivi annuali inseriti nel Piano della performance o negli altri documenti di programmazione; essi sono a loro volta distinguibili:
 - risultati dell'amministrazione nel suo complesso o dell'unità organizzativa di appartenenza cui il valutato contribuisce;
 - risultati raggiunti attraverso attività e progetti di competenza dell'unità organizzativa di diretta responsabilità o appartenenza;
 - risultati legati ad eventuali obiettivi individuali specificamente assegnati
- **comportamenti**, che attengono al “come” un'attività viene svolta da ciascuno, all'interno dell'amministrazione. Nella valutazione dei comportamenti dei dirigenti/responsabili di unità organizzative, una specifica rilevanza viene attribuita alla capacità di valutazione dei propri collaboratori.

La valutazione della performance individuale è estesa a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato e ha periodicità annuale.

Il sistema di valutazione della performance individuale prevede la valutazione individuale da parte del superiore gerarchico, secondo i criteri e le modalità previste negli accordi sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali. Essa costituisce strumento ordinario di verifica continua dell'attività espletata dal personale dipendente nell'ambito della Struttura di appartenenza con riferimento ai compiti ed agli obiettivi assegnati e tenuto conto della posizione dallo stesso ricoperta, e della qualificazione professionale posseduta.

Il sistema di valutazione individuale si ispira ai seguenti principi e criteri:

- comunicazione degli obiettivi annuali assegnati
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore
- trasparenza dei criteri di rilevamento e valutazione
- informazione adeguata e partecipazione attiva del valutato al procedimento
- garanzia del contraddittorio.

IL PROCESSO DI MISURAZIONE E DI VALUTAZIONE IN CIASCUN AMBITO DELLA PERFORMANCE

Il ciclo di gestione della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio. Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili

e previste dalla programmazione economica aziendale, con la redazione del Bilancio Economico Preventivo.

Alla chiusura dell'esercizio di budget si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, nonché della performance individuale del personale dirigente e di quello del comparto secondo quanto previsto dai contratti integrativi aziendali e dai regolamenti aziendali in materia.

Il sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dall'individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato da specifici documenti di supporto:

- Piano della Performance;
- Linee Strategiche per l'anno di riferimento;
- Metodologia aziendale del processo di budget;
- Sistema di misurazione e valutazione individuale;
- Relazione annuale sulla Performance.

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, articolato come segue:

- definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Processo di valutazione della performance organizzativa

Il Servizio Programmazione è deputato al controllo periodico dello stato di avanzamento degli obiettivi di budget attribuiti ai C.d.R ed alla raccolta ed elaborazione delle evidenze documentali attestanti il livello di raggiungimento degli stessi.

La valutazione dei risultati raggiunti, a consuntivo, viene svolta, di norma, entro i primimesi dell'anno successivo da parte del valutatore di prima istanza che ha diretta conoscenza dell'operato dell'articolazione organizzativa assegnataria dell'obiettivo ovvero da altri soggetti specificatamente identificati in sede di budget. Tale valutazione deve essere successivamente verificata e validata dall'OIV entro il 30 giugno dell'anno successivo, come previsto dal D. Lgs. 150/09 e s.m.i.

Processo di valutazione della performance individuale

Come illustrato in precedenza, il sistema di valutazione della performance individuale prevede due componenti:

- **Risultati:** secondo la metodologia di valutazione indicata per la performance organizzativa
- **Comportamenti:** misurati attraverso apposite schede di valutazione individuale e secondo le modalità descritte nei rispettivi regolamenti del personale del comparto e della dirigenza.

Il processo di **valutazione individuale** è coordinato dalla S.C. Gestione Risorse Umane Area Giuridica e Formazione la quale si occupa di raccogliere le schede individuali debitamente compilate da parte del superiore gerarchico secondo i criteri e le modalità previste nel Regolamento vigente.

Nel 2024 sono stati adottati:

- Il nuovo Regolamento per la valutazione permanente delle prestazioni individuali svolte e dei risultati del personale del comparto (Decreto del Direttore Generale n. 661 del 29/8/2024)
- Il nuovo Regolamento per la valutazione della Dirigenza dell'Area Sanità e della Dirigenza dell'Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa (Decreto del Direttore Generale n. 662 del 29/8/2024).

Informatizzazione del ciclo della performance

Dal 2021 il processo di budget è in corso di informatizzazione e parte dell'attività di programmazione monitoraggio e valutazione della performance viene già realizzata ONLINE. Lo strumento è l'applicativo PERFORMANCE (RW10). Performance (RW10) contiene una sezione dedicata all'attività di reporting, sia dell'attività che delle risorse disponibili e consumate (personale e consumi), contiene una sezione dedicata alla performance organizzativa e individuale (Piano Attuativo Locale - PAL, Progetto Complessivo Aziendale – obiettivi di budget). Può fungere da Cruscotto Direzionale con accesso, pratico e veloce, alla reportistica di base (sintesi e dettaglio degli indicatori).

Il sistema, in continuo aggiornamento, è in via di perfezionamento con l'inserimento nei prossimi anni di nuove funzionalità e reportistica utile a favorire un più efficiente governo del sistema, una maggiore trasparenza e una più efficace comunicazione.

Relativamente al processo di gestione della performance lo strumento on line non sostituisce la relazione tra professionisti, anzi si auspica la favorisca. Uno dei punti di forza del sistema incentivante è, infatti, la definizione di obiettivi in comune che coinvolgano più servizi attività e articolazioni organizzative in un'ottica di collaborazione e integrazione. L'obiettivo è di promuovere il lavoro in rete, rafforzando i percorsi orizzontali e favorendo integrazione tra i servizi e qualità nell'offerta delle prestazioni.

Obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere



COMITATO UNICO DI GARANZIA (C.U.G.) e PIANO DI AZIONI POSITIVE

DELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA

PREMESSA

Il documento è redatto al fine dell'inserimento nel PIAO di ASUGI in cui, secondo la normativa vigente, confluisce il Piano di Azioni Positive redatto dal Comitato Unico di Garanzia per promuovere l'eguaglianza, il benessere nel contesto lavorativo, garantendo la piena realizzazione delle pari opportunità nel contesto lavorativo prevenendo e contrastando ogni forma di discriminazione e valorizzando le diversità.

Vi sono due elementi da ricordare per contestualizzare la presente relazione sul piano di azioni positive: la fine mandato del presente CUG di ASUGI nominato in data 31/12/2020 per una durata quadriennale e la diversa tempistica per la redazione del PIAO, del PAP e della relazione annuale del CUG che non sono coincidenti. Il documento riassume le basi normative, gli aggiornamenti di quanto realizzato dal CUG uscente in relazione al PAP 2022-2024, alcune indicazioni e suggerimenti per le azioni future del nuovo CUG.

BASI NORMATIVE

Nell'ordinamento dell'Unione Europea le azioni positive sono descritte come misure temporanee speciali che, anche in deroga al principio di uguaglianza formale, sono mirate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità tra uomini e donne; le azioni positive sono rivolte anche agli altri soggetti che si possono trovare in situazioni di potenziale discriminazione per appartenenze a gruppi di minoranza e/o portatori di stereotipi e/o condizioni di disabilità.

Il D.lgs 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni" stabilisce, all'art 57, che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il «Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni». Il D. Lgs. 11 aprile 2006, n.198 (Codice delle Pari Opportunità), ha per oggetto "le misure volte ad eliminare ogni distinzione, esclusione o limitazione basata sul sesso, che abbia come conseguenza, o come scopo, di compromettere o di impedire il riconoscimento, il godimento o l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale e civile o in ogni altro campo" (art. 1), e, al Capo II, stabilisce il divieto di discriminazioni fondate sul sesso. Il Codice delle Pari Opportunità individua in capo alle Amministrazioni il compito di promuovere le azioni positive. "Le azioni positive, consistenti in misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità,

nell'ambito della competenza statale, sono dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro”

Le azioni positive hanno lo scopo di (art. 42, comma 2):

- a) eliminare le disparità nella formazione scolastica e professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- b) favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento scolastico e professionale e gli strumenti della formazione;
- c) favorire l'accesso al lavoro autonomo e alla formazione imprenditoriale e la qualificazione professionale delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici;
- d) superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- e) promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sottorappresentate e in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
- f) favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi;
- f-bis) valorizzare il contenuto professionale delle mansioni a più forte presenza femminile.

In attuazione a tale normativa la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 23 maggio 2007 “Misure per attuare la parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche”.

Alcuni interventi normativi successivi hanno delineato una prospettiva più ampia della definizione di concetto di pari opportunità e della sua applicazione nell'azione delle Pubbliche Amministrazioni, quali il D.Lgs. n.81/08 sulla sicurezza sul lavoro che introduce un concetto ampio di salute e di benessere del lavoratore. Il D.Lgs 150/2009 sottolinea, invece, la rilevanza del principio delle pari opportunità quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche. Successivamente la Legge 4 novembre 2010, n.183 ha previsto l'ampliamento delle garanzie, oltre che alle discriminazioni legate al genere, anche ad ogni altra forma di discriminazione, diretta e indiretta.

Anche la Regione Friuli Venezia Giulia ove opera ASUGI ha dimostrato una particolare sensibilità ai temi del disagio lavorativo e delle discriminazioni. Inoltre, la Regione si impegna a seguire le linee guida europee e nazionali riguardo alla parità di diritti e opportunità nel lavoro. Una delle normative principali in questo ambito è la Legge Regionale n. 6 del 2016, che promuove la parità di genere e il contrasto alla violenza di genere che contiene modifiche della legge regionale 8 aprile 2005, n. 7. (Interventi regionali per l'informazione, la prevenzione e la tutela delle lavoratrici e dei lavoratori dalle molestie morali e psico-fisiche nell'ambiente di lavoro)

La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 4/3/2011 “Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei “Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” ha ulteriormente declinato funzioni e compiti dei C.U.G. quali: assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, razionalizzare e rendere efficace ed efficiente l'organizzazione della P.A. anche in materia di pari opportunità.

La Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche” ha declinato le linee di azione concrete a cui si devono attenere le amministrazioni pubbliche per raggiungere gli obiettivi che la direttiva si pone:

1. Prevenzione e rimozione delle discriminazioni
2. Piani triennali di azioni positive
3. Politiche di reclutamento e gestione del personale
4. Organizzazione del lavoro
5. Formazione e diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.
6. Rafforzamento dei Comitati unici di Garanzia Il Piano Triennale delle Azioni Positive, dapprima identificato quale allegato del Piano Triennale della Performance, viene ricompreso nell'intervento normativo del Decreto Legge 9 giugno 2021 n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021 n. 113 che prevede l'introduzione del PIAO – Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

LA SITUAZIONE IN ASUGI: AGGIORNAMENTO NELLA REALIZZAZIONE PIANO AZIONI POSITIVE 2022-2024.

Il Comitato Unico di Garanzia uscente di ASUGI nel corso dell'ultima riunione (17/12) ha fatto il punto su quanto realizzato nell'ambito del PAP deliberato il 30/03/2022 e consapevole delle difficoltà incontrate si è ritenuto moderatamente soddisfatto per le azioni realizzate e per quanto non realizzato ha rimandato la discussione alla futura annualità e alla nuova composizione del Comitato stesso. Le aree tematiche che hanno orientato il lavoro del piano 2022-2024 sono state tre:

- a) Benessere organizzativo, salute e sicurezza lavoro
- b) Sviluppo della cultura di genere
- c) Conciliazione vita e lavoro

Per l'area del **Benessere organizzativo, salute e sicurezza lavoro** sono state realizzate le seguenti azioni.

1. Avviato e chiuso l'iter per il/la Consigliera/e di Fiducia. La candidata risultata idonea a ricoprire il ruolo inizierà la propria attività il giorno 1/2/2024 con un contratto biennale. L'ambito d'intervento e le modalità sono contenute nel Codice etico di condotta in materia di discriminazioni, molestie e molestie sessuali, violenze psicologiche e mobbing” di ASUGI, da cui verrà estrapolata la procedura operativa da diffondere fra i lavoratori di ASUGI per fruire del punto di ascolto e del supporto di tale figura.
2. Promosso, realizzato e collaborato ad interventi formativi sui conflitti, violenza sui luoghi di lavoro e realizzate due edizioni del corso sulle molestie sessuali sui luoghi di lavoro.
3. Ha partecipato alla diffusione dei progetti aziendali HPH in collaborazione e sinergia con i Medici Competenti ed il RSPP.
4. Ha collaborato con le azioni di prevenzione alla violenza di genere promosse da ASUGI e/o da altri enti in particolare con la diffusione dei cartelli 1522, la realizzazione della panchina rossa posta nel giardino dell'Ospedale Maggiore e l'adesione alla campagna “Posto Occupato”; creazione e diffusione dei braccialetti rossi per gli operatori con inciso il numero 1522 per pronta evidenza dei pazienti e dipendenti.
5. Ha discusso e preso visione delle valutazioni stress lavoro correlato di ASUGI e partecipato ai gruppi di lavoro della rete nazionale dei CUG per raccogliere e diffondere buone pratiche;

6. Per quanto attiene i lavoratori con disabilità ha erogato sul sito informazione utili e la possibilità di fruire di interventi formativi, mentre non è stato possibile realizzare un punto di accoglienza ed ascolto per i dipendenti con disabilità come si era preventivato.
7. Ha informato sulle attività svolte e fruibili nell'ambito della partecipazione di ASUGI al network della Fondazione ONDa.

Per l'area **Sviluppo della cultura di genere** erano previste diverse azioni organizzative di cui le principali sono state: l'aggiornamento della sezione internet ed intranet, collaborazione con altri organismi per cui si è partecipato ad evento del Comune di Trieste, collaborato con i CUG dell'Università degli Studi di Trieste e dell'IRCSS Burlo Garofolo di Trieste per realizzare un evento formativo sui CUG e sulle molestie sessuali, collaborato con la S.C. Formazione di ASUGI all'analisi del piano di formazione aziendale, fornendo suggerimenti. Il CUG con varie persone ha partecipato ai lavori della rete nazionale dei CUG, fornito per la pubblicazione sul sito aziendale tutti i numeri della Voce del CUG, inviati ai vari uffici interessati tutti gli aggiornamenti normativi, formazione e di fruizione bandi di cui è stato a conoscenza e rese note con la collaborazione della S.C. Comunicazione le occasioni di formazione, i bandi e le campagne volte alla salute ed al benessere a tutti i dipendenti.

Di seguito si riportano alcuni dei corsi pubblicizzati ed altre iniziative pubblicizzate a cura del CUG sul sito di ASUGI a favore dei lavoratori nell'ultima annualità:

- *Intelligenza emotiva e modelli di gestione del potere. Quale ruolo per prevenire la violenza (anche) di genere.*
- *25 novembre: Giornata internazionale contro la violenza sulle donne.*
- *Adesione alla campagna posto occupato*
- *Facciamo i conti: quando il controllo delle risorse è indice di violenza economica*
- *17 Ottobre: prenditi cura del tuo seno*
- *Promozione del Benessere coniugato alla beneficenza per implementare la ricerca presso due Strutture di ASUGI*
- *Alienazione parentale: un maltrattamento nelle situazioni di violenza di genere?*
- *Senza madre. Storie di figli sottratti dallo stato*
- *Violenze, discriminazioni, molestie psicologiche e sessuali nell'ambiente di lavoro*
- *Indicazioni per bonus psicologo*
- *Innovare sulle differenze*
- *La violenza economica: radici culturali e possibili soluzioni*
- *Donne e salute mentale*
- *L'umanizzazione della protesil modello operativo del centro protesilnail*
- *Conoscere, formare e informare per eliminare la violenza contro le donne*
- *In genere: oltre i pregiudizi, insieme si può!*
- *Dalla tutela della salute alla promozione del benessere nei luoghi di lavoro e di studio*

Per l'area **Conciliazione vita e lavoro** si sono registrate alcune difficoltà nel realizzare le azioni previste quali monitoraggi, sensibilizzare per introdurre orari più flessibili, analisi puntuali dei bisogni dei dipendenti.

Il CUG ha partecipato, su invito del Dipartimento di Medicina, ad un focus Group per comprendere le difficoltà e le possibili azioni di miglioramento per i genitori che rientrano al lavoro dopo un periodo di assenza per la nascita di un figlio. Ulteriori partecipazioni sono state fatte agli incontri ed alle riflessioni scaturite dalle analisi dati con i Medici Competenti e SPPA sulla situazione del personale aziendale (età, richieste visita straordinaria, ecc..).

LA RELAZIONE ANNUALE 2024

La relazione annuale riferita all'anno 2024 viene elaborata nel primo triennio 2025 anche a seguito della registrazione al portale del CUG o all'inoltro dei dati al CUG sul format 1 predisposto ad hoc. Tali dati non sono a disposizione dell'attuale CUG che rimanda al prossimo tale attività, anche in base alla propria esperienza che ha visto in fase di insediamento quale prima attività, la redazione

della relazione riferita al precedente anno ed in ogni caso si pone con spirito collaborativo per il proseguo in attesa della nuova nomina del CUG.

AZIONI FUTURE

Come più volte riportato nei diversi verbali del CUG, lo stesso auspica che il prossimo Comitato riesca a realizzare un maggiore coinvolgimento sui temi di propria competenza, con i diversi organismi aziendali e Strutture che se ne occupano al fine di poter svolgere al pieno le proprie funzioni ossia **propositiva, consultiva e di verifica** attraverso una maggiore collaborazione con gli altri organismi fra cui anche il *Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità di cui all'art. 39-ter del d.lgs. 165 del 2001*.

Sempre per il futuro quali azioni da perseguire nel 2025, riteniamo che sia importante:

- consolidare le attività con gli altri CUG del territorio, avviare il rapporto con la Consigliera di Parità, riuscire ad incontrare la rete nazionale dei CUG anche in presenza ed intensificare il lavoro nei vari gruppi tematici nati in seno alla rete nazionale;
- verifica della sottoscrizione della Carta della Rete Nazionale dei CUG da parte di ASUGI;
- rafforzare azioni formative che riguardino:
 - a. per l'area del benessere si suggerisce di inserire una formazione che abbia quali contenuti la gestione del personale e la motivazione dello stesso auspicando che fra gli obiettivi ci siano anche quelli di realizzare rotazioni del personale, pianificazione dei compiti, lavoro agile, identificazione di possibili benefit, supporto emotivo al gruppo ai gruppi di lavoro.
 - b. per la salienza del tema, ma anche per il mandato del CUG implementare la formazione sulla violenza di genere e domestica (Direttiva Zangrillo), ma anche agita sugli operatori e sulle operatrici.
 - c. l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, l'informazione sui loro diritti e lo studio di job description e job position considerando anche il sistema ICF, le posizioni ricopribili in azienda compatibilmente con le limitazioni e/o le disabilità di cui i lavoratori possono essere portatori.
- Continuare l'analisi delle tematiche relative alla conciliazione vita lavoro anche al fine dell'adozione delle carte di conciliazione e/o altre misure ad hoc in relazione ai bisogni che potranno emergere.
- Predisporre la procedura operativa e tutte le azioni necessarie per l'attività dello sportello di ascolto della Consigliera di Fiducia come da Codice Etico di Condotta in materia di discriminazioni, molestie sessuali, violenze psicologiche e mobbing di ASUGI.

Per il futuro, nel proseguo delle azioni di miglioramento siano esse contenute in un PAP o direttamente in una sezione del PIAO, è importante continuare a diffondere quante più informazioni sulla parità, l'assenza di discriminazioni, la lotta alla violenza, l'equità, il benessere organizzativo, la conciliazione vita e lavoro; condividere incontri ed occasioni di formazione per diffondere lo sviluppo della cultura di genere, del rispetto e dell'importanza della salute e sicurezza lavoro.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sezione del PIAO è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI, così come previsto dal DM del 24-30/6/2022 (art. 3, comma 1, lett. c), in base alle indicazioni ministeriali che prevedono quali elementi essenziali della sezione quelli indicati dal Piano Nazionale Anticorruzione e negli atti adottati dall'NAC ai sensi della L. 190/2012 e del D.lgs. 33/2013.

I contenuti della sezione, così come definiti dal DM, sono i seguenti:

- 1) la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi (da integrare in sede di adozione definitiva del PIAO) ;
- 2) la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo (da integrare in sede di adozione definitiva del PIAO) ;
- 3) la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- 4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- 6) il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure da integrare in sede di adozione definitiva del PIAO) ;
- 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

2.3.1 CONTESTO ESTERNO ED INTERNO

CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno è finalizzata ad 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.

Innanzitutto si fornisce un quadro relativo alla situazione demografica delle province di Gorizia e Trieste nelle quali si trova ad operare ASUGI (dato tratto da Regione in cifre FVG 2024):

| PROVINCE e COMUNI | 31.12.2022 | 31.12.2023 | | Var. % 23/22 | Sup. kmq | Densità abitativa |
|-------------------------|----------------|------------|---------|-----------------|-------------|----------------------|
| | Totale | M | F | | | |
| GORIZIA | 138.034 | 68.528 | 69.902 | 0,3 | 475,3 | 291,3 |
| TRIESTE | 228.705 | 110.658 | 118.294 | 0,1 | 212,8 | 1.075,8 |
| GORIZIA | 137.899 | 68.528 | 69.902 | 0,4 | 475,3 | 291,3 |
| Capriva del Friuli | 1.617 | 769 | 848 | 0,0 | 6,5 | 247,9 |
| Cormons | 7.198 | 3.355 | 3.780 | -0,9 | 34,7 | 205,4 |
| Doberdò del Lago | 1.350 | 636 | 691 | -1,7 | 26,8 | 49,6 |
| Dolegna del Collio | 317 | 158 | 137 | -6,9 | 13,4 | 22,0 |
| Farra d'Isonzo | 1.671 | 826 | 845 | 0,0 | 10,1 | 165,0 |
| Fogliano Redipuglia | 2.992 | 1.429 | 1.549 | -0,5 | 8,3 | 358,7 |
| Gorizia | 33.615 | 16.586 | 17.142 | 0,3 | 41,5 | 813,1 |
| Gradisca d'Isonzo | 6.370 | 3.039 | 3.386 | 0,9 | 11,4 | 565,3 |
| Grado | 7.789 | 3.638 | 3.943 | -2,7 | 119,1 | 63,7 |
| Mariano del Friuli | 1.464 | 716 | 729 | -1,3 | 8,5 | 170,3 |
| Medea | 949 | 475 | 471 | -0,3 | 7,3 | 129,5 |
| Monfalcone | 29.072 | 15.512 | 14.591 | 3,5 | 20,4 | 1.473,6 |
| Moraro | 695 | 348 | 370 | 3,3 | 3,7 | 195,0 |
| Mossa | 1.522 | 741 | 777 | -0,3 | 6,1 | 247,1 |
| Romans d'Isonzo | 3.636 | 1.762 | 1.817 | -1,6 | 15,6 | 229,5 |
| Ronchi dei Legionari | 11.807 | 5.819 | 6.022 | 0,3 | 17,2 | 689,3 |
| Sagrado | 2.168 | 1.046 | 1.076 | -2,1 | 13,7 | 154,7 |
| San Canzian d'Isonzo | 6.040 | 2.989 | 3.031 | -0,3 | 33,3 | 180,6 |
| San Floriano del Collio | 742 | 364 | 372 | -0,8 | 10,4 | 70,9 |
| San Lorenzo Isontino | 1.506 | 747 | 744 | -1,0 | 4,3 | 348,1 |
| San Pier d'Isonzo | 1.993 | 996 | 947 | -2,5 | 8,8 | 220,6 |
| Savogna d'Isonzo | 1.694 | 878 | 819 | 0,2 | 17,3 | 98,1 |
| Staranzano | 7.246 | 3.537 | 3.602 | -1,5 | 19,3 | 369,4 |
| Turriaco | 2.806 | 1.369 | 1.401 | -1,3 | 5,5 | 503,2 |
| Villesse | 1.640 | 793 | 812 | -2,1 | 12,1 | 133,1 |
| TRIESTE | 228.833 | 110.658 | 118.294 | 0,1 | 212,8 | 1.075,8 |
| Duino-Aurisina | 8.353 | 3.949 | 4.259 | -1,7 | 45,5 | 180,5 |
| Monrupino | 857 | 430 | 410 | -2,0 | 12,6 | 66,4 |
| Muggia | 12.916 | 6.234 | 6.605 | -0,6 | 14,5 | 888,1 |
| San Dorligo della Valle | 5.693 | 2.824 | 2.858 | -0,2 | 24,2 | 234,6 |
| Sgonico | 1.999 | 986 | 997 | -0,8 | 31,4 | 63,3 |
| Trieste | 199.015 | 96.235 | 103.165 | 0,2 | 84,7 | 2.354,9 |

Fonte: ISTAT, dati provvisori

Per quanto riguarda l'analisi del contesto, in base alle indicazioni ANAC, rivestono particolare importanza i dati giudiziari relativi al tasso di criminalità generale del territorio di riferimento, alla presenza di criminalità organizzata e/o di fenomeni di infiltrazioni di stampo mafioso nelle istituzioni e ai reati contro la Pubblica Amministrazione.

La situazione del Friuli Venezia Giulia è stata analizzata e descritta nell'ultima relazione della Direzione Investigativa Antimafia (I semestre 2023)¹:

“L’attività economica della Regione, in un momento di crisi generale, ha visto comunque una crescita, con un aumento della produttività, in particolar modo nel settore delle costruzioni e nei servizi, e la conseguente crescita del numero degli occupati. Tale florido tessuto economico è, dunque, da sempre esposto all’interesse delle consorterie criminali che, avendo a disposizione ingenti capitali da reinvestire, vedono nelle aree a maggior vocazione imprenditoriale un punto d’approdo, con una silente azione di infiltrazione nell’economia legale. Tale assunto, infatti, è confermato dagli esiti di pregresse attività investigative, concluse sul territorio nel corso degli anni, che hanno fatto emergere la presenza e l’operatività di soggetti riconducibili alle storiche e strutturate organizzazioni criminali, quali ‘ndrangheta, cosa nostra, camorra e la criminalità pugliese, sebbene non siano mai state riscontrate nella Regione strutture radicate delle stesse. Aspetto che creerebbe degli spazi di manovra per eventuali tentativi di insediamento, in considerazione della peculiare posizione geografica protesa verso l’area balcanica, da parte di componenti di altri gruppi criminali. Gli esiti di alcune indagini, concluse nel periodo di riferimento sul territorio friulano, appurerebbero infatti l’interesse criminale di gruppi delinquenziali, soprattutto stranieri, operanti nelle più svariate attività illecite (traffico di stupefacenti, favoreggiamento dell’immigrazione clandestina, compenetrazione nel settore economico-finanziario regionale). Sempre elevata permane l’attenzione istituzionale sul piano dell’attività preventiva al fine di scongiurare o quantomeno limitare le ingerenze criminali nel settore degli appalti e delle commesse pubbliche, soprattutto in ragione dei consistenti investimenti pubblici in atto e previsti. Invero, nel periodo in esame, è stato emesso un provvedimento prefettizio nei confronti di una società le cui quote erano detenute da altra azienda già colpita da un’interdittiva antimafia emessa dalla Prefettura di Treviso.

Provincia di Trieste - Seppur non in forma stanziale, la presenza sul territorio di organizzazioni criminali di tipo mafioso, impegnate a commettere svariati illeciti e a permeare un florido tessuto economico come quello triestino, è stata appurata da pregresse attività di indagine. Nel semestre giova evidenziare l’operazione “Ultimo atto” conclusa dai Carabinieri di Crotona il 16 febbraio 2023 con l’arresto di 31 soggetti ritenuti responsabili di associazione a delinquere di tipo mafioso, estorsione e traffico di armi. L’indagine, che ha disvelato gli attuali assetti e l’operatività nel territorio di Cirò (KR) e zone limitrofe di articolazioni ‘ndranghetiste quali il locale di Cirò (KR) e la ‘ndrina di Strongoli (KR), ha consentito di rintracciare uno degli indagati, ritenuto responsabile del reato di estorsione aggravata dal metodo mafioso, a Trieste dove dimorava e prestava attività lavorativa presso una ditta operativa all’interno del porto cittadino. La città di Trieste, data la “strategica” posizione geografica, rappresenta un privilegiato punto di accesso, in Europa occidentale, della c.d. rotta balcanica, notoriamente utilizzata non solo dai narcotrafficcanti e ma anche dai sodalizi stranieri impegnati nell’ambito dell’immigrazione clandestina. Riguardo a tali specifici reati si segnalano, in ordine temporale, alcune indagini concluse sul territorio nel semestre in esame.

¹<https://direzioneeinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2024/06/Rel-Sem-I-2023.pdf>

L'operazione "Green Road", conclusa dalla Guardia di finanza di Trieste il 16 febbraio 2023, ha consentito di trarre in arresto 18 nigeriani ritenuti responsabili di traffico internazionale di stupefacenti, sulla rotta Olanda Nigeria-Etiopia, tramite bodypacker. La droga prima di essere smerciata veniva stoccata presso un'abitazione in periferia di Ferrara, in una zona frequentata da soggetti appartenenti a quella etnia. Le attività investigative hanno altresì consentito di arrestare, in flagranza di reato, altri 30 nigeriani e di sequestrare oltre 100 kg di stupefacente tra eroina, cocaina e marijuana. Il successivo 10 maggio 2023 la Polizia di Stato a Crotone, nell'ambito dell'operazione "Caronte", ha disvelato un'organizzazione transnazionale dedita al favoreggiamento dell'immigrazione clandestina e al riciclaggio del denaro. Il sodalizio, articolato su cellule attive in Italia, Turchia e Grecia, si occupava di far giungere i migranti in Italia a bordo di velieri sfruttando il mediterraneo orientale. Sul territorio nazionale sono state riscontrate 7 cellule, tra cui quella triestina ritenuta particolarmente interessante poiché oltre a occuparsi dei transiti di immigrati attraverso la rotta balcanica, gestiva anche la "cassa comune" dell'organizzazione. Analogamente, l'operazione "The End", conclusa il 27 giugno 2023 dalla Polizia di Stato di Trieste, ha consentito di disarticolare un sodalizio dedito al favoreggiamento dell'immigrazione clandestina, arrestando 13 kosovarie albanesi, dei quali 10 stabilmente insediati nel capoluogo giuliano, e individuandone ulteriori 13. L'organizzazione era ben strutturata e disponeva di un consistente numero di mezzi per il trasporto dei passeurs al confine Croato-Sloveno e dei clandestini. Anche sul fronte dell'attività preventiva, le attività di monitoraggio e approfondimento delle situazioni ritenute a rischio di infiltrazioni mafiose hanno consentito al Prefetto di Trieste di emettere, nel mese di giugno 2023, un provvedimento interdittivo antimafia a carico di una società, con sede legale nel capoluogo giuliano, attiva nel settore delle lavorazioni portuali.

Provincia di Gorizia - Nella provincia non si registra presenza di organizzazioni criminali di tipo mafioso. Tuttavia, la vivacità economica del territorio che annovera, tra le realtà imprenditoriali più importanti, i cantieri navali di Monfalcone, potrebbe suscitare, come accaduto nel passato, l'interesse di soggetti collegati alla criminalità organizzata."

Per quanto riguarda il quadro economico regionale si riporta l'estratto dell'analisi della Banca d'Italia di novembre 2024²:

"Nel corso del 2024 l'attività economica in Friuli Venezia Giulia si è ulteriormente indebolita; secondo l'indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) della Banca d'Italia nel primo semestre il PIL regionale ha ristagnato nel confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente (in Italia 0,4 per cento). Alla dinamica positiva nei servizi e nelle costruzioni si è contrapposta la flessione del prodotto nel comparto manifatturiero.

In quest'ultimo settore, l'attività ha risentito della forte contrazione della domanda estera su cui ha inciso soprattutto la debolezza del ciclo manifatturiero nell'area dell'euro. Il deterioramento dei livelli produttivi ha riguardato tutti i principali settori di specializzazione, a eccezione della filiera agroalimentare e della cantieristica. La spesa per investimenti, rimasta pressoché stabile nella prima

² <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2024/2024-0028/index.html>

parte dell'anno, è stata ostacolata dalle incerte prospettive della domanda e dai costi di finanziamento ancora elevati.

Nel primo semestre la crescita dei livelli produttivi nel comparto edile ha rallentato a causa del ridimensionamento degli incentivi connessi al Superbonus, i cui effetti sono stati tuttavia mitigati dalle misure di stimolo previste dal PNRR. Nei primi nove mesi dell'anno è infatti proseguito a ritmi sostenuti l'incremento degli investimenti pubblici in atto dal 2021. Nel mercato immobiliare, al lieve calo delle compravendite si è associata una flessione più marcata dei prezzi delle abitazioni.

Nel terziario l'attività economica ha continuato a espandersi a ritmi modesti, sostenuta in particolare dai servizi legati al turismo, che hanno beneficiato di una ulteriore crescita delle presenze straniere. I ricavi nel comparto del commercio al dettaglio hanno risentito dell'indebolimento dei consumi; le decisioni di spesa delle famiglie sono state improntate a cautela nonostante il recupero del reddito disponibile reale, favorito dalla crescita occupazionale e dalla moderata dinamica dell'inflazione. Nel complesso i volumi di attività del sistema portuale sono aumentati seppure con andamenti differenziati tra comparti. In particolare, gli effetti negativi sul traffico container nel porto di Trieste, che si erano manifestati a inizio anno in conseguenza della crisi nel Mar Rosso, si sono parzialmente riassorbiti nei mesi più recenti.

Nella media del primo semestre del 2024 l'occupazione in regione è cresciuta a un ritmo simile a quello rilevato nel resto del Paese; l'aumento ha interessato in misura più intensa i lavoratori autonomi. L'incremento degli occupati si è associato a una diminuzione delle persone in cerca di occupazione, con un'ulteriore flessione del tasso di disoccupazione. Le assunzioni nette nel settore privato non agricolo, pur rimanendo positive, sono risultate in calo rispetto al primo semestre dello scorso anno, soprattutto per i contratti a tempo indeterminato. È cresciuto il numero di ore autorizzate di Cassa integrazione guadagni, in particolare nella meccanica, nella metallurgia e nei mobili.

I prestiti bancari alle imprese hanno continuato a contrarsi, principalmente per la minore domanda di credito per investimenti e l'ampia disponibilità di risorse liquide. Si è invece interrotta la flessione dei finanziamenti alle famiglie in atto dalla seconda metà del 2023; la dinamica ancora negativa dei mutui per l'acquisto di abitazioni è stata compensata dalla crescita del credito al consumo. Nel complesso, la qualità del credito non ha mostrato segnali di deterioramento.

In un contesto caratterizzato da tassi di interesse ancora elevati, è proseguita la ricomposizione del risparmio finanziario di famiglie e imprese a favore delle attività maggiormente remunerative: alla crescita dei depositi a risparmio si è associata quella dei titoli detenuti presso le banche, in particolare dei titoli di Stato e delle altre obbligazioni."

Il settore dei contratti pubblici e la disciplina derogatoria

La disciplina dei contratti pubblici è stata interessata, nel corso del 2023, da una serie di interventi legislativi che ne hanno modificato significativamente l'assetto.

L'attuale quadro normativo di riferimento è costituito da una sovrapposizione di norme, di carattere speciale e derogatorio, su cui si è concentrata anche l'ANAC, dedicando ampio spazio alla materia nel nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2022-2024 e intervenendo nuovamente anche con l'aggiornamento del PNA 2023 (di cui alla Delibera 605 del 19.12.2023).

Il nuovo Codice dei contratti pubblici, D.lgs. 36/2023, è entrato in vigore il 1° aprile 2023, con efficacia dal successivo 1° luglio 2023 e diverse norme derogatorie, contenute nel d.l. 76/2020 e nel d.l. n. 77/2021 riferite al d.lgs. 50/2016, sono state confermate, determinando un nuovo quadro di riferimento e consolidando, al contempo, alcuni istituti e novità introdotte negli ultimi anni.

Molte disposizioni semplificatorie e derogatorie previste dalle norme susseguitesi nel corso degli ultimi anni (d.l. 32/2019, d.l. 76/2020, d.l. 77/2021) sono state, da un lato, riproposte nel nuovo Codice e quindi introdotte in via permanente nel sistema dei contratti pubblici e, dall'altro, confermate per i progetti finanziati con fondi PNRR/PNC anche dopo la data di efficacia del d.lgs. 36/2023, ai sensi della disciplina transitoria dallo stesso recata dall'art. 225, comma 8.

Il d.l. 77/2021 è stato oggetto di successive modifiche.

La prima con il DL n. 13 del 24.2.2023, richiamato anche dall'art. 225 del nuovo Codice, che ha modificato numerosi provvedimenti normativi, tra cui anche il d.l. n. 76/2020, prorogando, in alcuni casi al 31 dicembre 2023, in altri casi al 31 dicembre 2026, alcune misure di semplificazione per gli interventi PNRR/PNC.

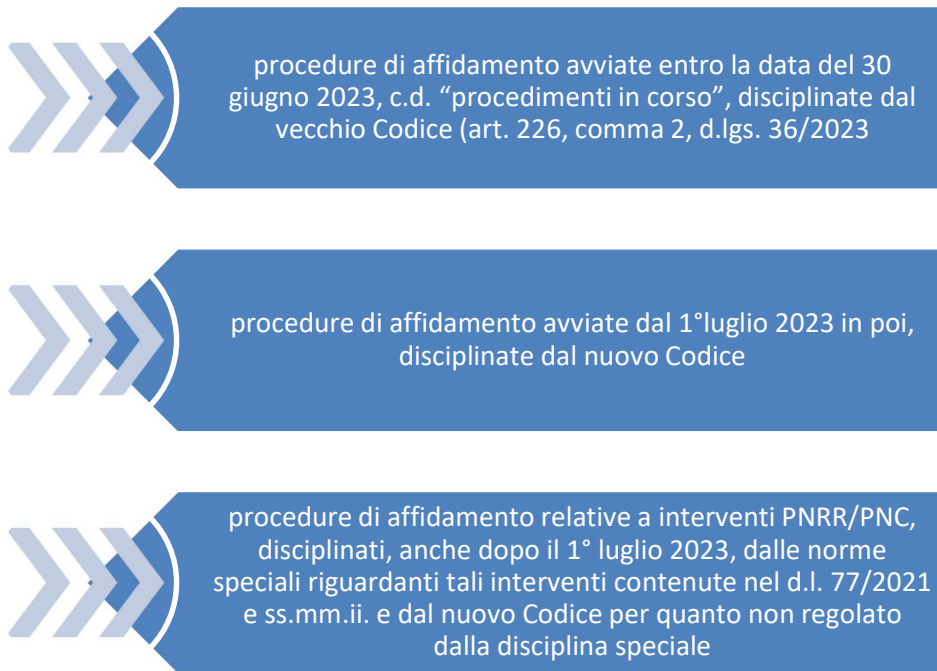
La seconda, con il DL n. 51 del 10.5.2023, che ha modificato l'art. 108 del nuovo Codice con riferimento al criterio della parità di genere.

La terza con il DL n. 61 del 1.6.2023 che, tra l'altro, ha disposto una sospensione temporanea dei termini dei procedimenti e anticipato al 2 giugno 2023 la data di applicazione dell'art. 140, d.lgs. 36/2023 per gli appalti di somma urgenza resi necessari a fronteggiare gli eventi alluvionali verificatisi a partire dal 1° maggio 2023.

Da ultimo con il DL n. 69 del 13.6.2023 è stato modificato l'art. 48 del d.l. 77/2021 prevedendo che trova applicazione l'articolo 226, comma 5, del Codice dei contratti pubblici, di cui al DLGS 36/2023.

Di conseguenza, allo stato attuale, il settore dei contratti pubblici è disciplinato da norme differenziate a seconda che si tratti di interventi di PNRR/PNC, di procedure avviate con il previgente d.lgs. 50/2016 ovvero di procedure avviate in vigore del nuovo Codice.

Come precisato anche dall'ANAC nell'aggiornamento al PNA 2023, l'assetto normativo in essere dopo il 1° luglio 2023 determina la seguente tripartizione:



CONTESTO INTERNO

Con decreto del Direttore Generale n. 454 dd. 19.5.2022 è stato adottato l’Atto Aziendale dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, ai sensi di quanto previsto dall’art. 54, comma 4 della Legge Regionale n. 22/2019.

L’Atto Aziendale è stato successivamente modificato con il Decreto del Direttore Generale n. 925 del 23 novembre 2023 e con il Decreto n. 767 del 4 ottobre 2024.

L’azienda ha adottato un modello organizzativo a matrice, che prevede strutture dipartimentali che aggregano strutture complesse e semplici e piattaforme e aree assistenziali o tecnico-assistenziali e che rappresentano i nodi aziendali di erogazione dei servizi/attività/prestazioni: il modello organizzativo si completa, tuttavia, in una visione per processi, secondo i principi espressi dall’Atto Aziendale (art. 20), che si intende applicabile sia ai processi primari di erogazione sia ai processi di supporto sanitari e non sanitari.

All’adozione dell’atto di macroorganizzazione dell’Azienda è seguita la formalizzazione della declaratoria del mandato e delle funzioni di tutte le articolazioni organizzative previste nel nuovo assetto (dipartimenti, aree dipartimentali, strutture complesse e strutture semplici dipartimentali), quale attività propedeutica che ha consentito di accertare la corrispondenza e/o sovrapposibilità delle funzioni e quindi delle strutture, per l’adozione delle necessarie determinazioni in merito alla prosecuzione o alla scadenza degli incarichi dirigenziali conferiti e in essere, nonché di assumere le determinazioni concernenti la tempistica e la modalità di attivazione/copertura delle strutture di nuova istituzione, nonché la disattivazione delle strutture non più contemplate nel nuovo Atto Aziendale.

Il nuovo assetto organizzativo definito nell'Atto Aziendale è da considerarsi a tendere, in una prospettiva dinamica che parte dagli assetti organizzativi delle due aziende confluite in ASUGI, inizialmente conservati dopo la costituzione della nuova Azienda al fine di consentirne la piena operatività, e fatte salve le modifiche organizzative nel frattempo intervenute.

L'applicazione dell'Atto richiede un percorso articolato per fasi progressive, tenuto conto della complessità e della molteplicità dei procedimenti e degli adempimenti amministrativi da attuare, tra cui le procedure per la copertura delle strutture complesse previste e/ o confermate nella nuova organizzazione e prive di un titolare, che dovrebbero concludersi nell'ambito temporale del presente PIAO secondo la programmazione definita dalla Direzione Strategica.

L'assetto organizzativo emergente dal nuovo Atto Aziendale rimodula e rivede significativamente le funzioni relativamente sia alle strutture sanitarie di line sia alle strutture di supporto (di staff e tecnico-amministrative), in linea con gli atti della programmazione regionale (DGR 1446/2021) e in coerenza con la complessità del sistema da governare.

L'attività di mappatura dei processi e di rivalutazione dei rischi secondo la metodologia già approvata in attuazione del modello delineato nel PNA 2019, inclusa nel presente Piano e introdotto per l'analisi dei rischi di alcune strutture, dovrà tener conto delle variabili sopra rappresentate.

Il dato di forza del personale dipendente al 31.12.2024 si attesta su 6203 unità, come di seguito indicato:

| 2024 ASUGI | TOTALE DOTAZIONE AL 31/12/2024 | | |
|---|--------------------------------|---------------|--------------|
| | Area Giuliana | Area Isontina | Totale ASUGI |
| RUOLO SANITARIO | | | |
| DIRIGENZA RUOLO SANITARIO | | | |
| Medici | 658 | 301 | 959 |
| Odontoiatri | 8 | 2 | 10 |
| Veterinari | 10 | 7 | 17 |
| Chimici | 0 | 1 | 1 |
| Farmacisti | 15 | 7 | 22 |
| Biologi | 17 | 4 | 21 |
| Psicologi | 49 | 30 | 79 |
| Fisici | 8 | 0 | 8 |
| Dirigenti professioni sanitarie | 5 | 2 | 7 |
| TOTALE Dirigenti Ruolo Sanitario | 770 | 354 | 1124 |
| PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE | | | |
| Ex. 8 BIS | 0 | 0 | 0 |
| Infermieri | 16 | 3 | 19 |

| | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Infermieri | 1568 | 772 | 2340 |
| Infermieri caposala | 0 | 0 | 0 |
| Infermieri pediatrici | 0 | 2 | 2 |
| Ostetriche | 18 | 39 | 57 |
| PROFESSIONI TECNICO-SANITARIE | | | |
| Tecnici audiometristi | 3 | 2 | 5 |
| Tecnici sanitari di lab. biomedico | 0 | 0 | 0 |
| Tecnici sanitari labor. biomedico | 148 | 26 | 174 |
| Tecnici sanitari radiologia med. | 0 | 2 | 2 |
| Tecnici sanitari radiologia med. | 101 | 34 | 135 |
| Tecnici neurofisiopatologia | 20 | 3 | 23 |
| Tecn. Perfusionista | 13 | 0 | 13 |
| Igienisti dentali | 1 | 0 | 1 |
| Odontotecnici | 2 | 0 | 2 |
| Dietisti | 0 | 0 | 0 |
| Dietisti | 8 | 10 | 18 |
| PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE | | | |
| Podologi | 1 | 0 | 1 |
| Fisioterapisti | 1 | 0 | 1 |
| Fisioterapisti | 114 | 54 | 168 |
| Logopedisti | 26 | 11 | 37 |
| Ortottisti | 4 | 4 | 8 |
| Terapisti neuro e psicomotricità e.e. | 3 | 4 | 7 |
| Tecnici riabilit. psichiatr. | 35 | 8 | 43 |
| Terapisti occupazionali | 2 | 0 | 2 |
| Educatori Professionali | 4 | 13 | 17 |
| Massaggiatori non vedenti | 1 | 3 | 4 |
| PROFESSIONI SANITARIE PREVENZIONE | | | |
| Tecnici prevenzione nei luoghi di lavoro | 3 | 0 | 3 |
| Tecnici prev. amb. e luoghi di lavoro | 27 | 25 | 52 |
| Assistenti sanitari | 1 | 1 | 2 |
| Assistenti sanitari | 19 | 23 | 42 |
| PROFILI A ESAURIMENTO | | | |
| Inf. Generici Esperti | 0 | 0 | 0 |
| Inf. Gen. Psichiatrici Esp. | 0 | 0 | 0 |
| Puericultrice esperta | 0 | 0 | 0 |
| TOTALE ruolo sanitario Comparto | 2139 | 1039 | 3178 |
| TOTALE RUOLO SANITARIO | 2909 | 1393 | 4302 |
| RUOLO PROFESSIONALE | | | |
| Ingegneri | 16 | 1 | 17 |
| Architetti | 0 | 1 | 1 |
| TOTALE RUOLO PROFESSIONALE | 16 | 2 | 18 |

| | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|
| RUOLO SOCIO SANITARIO | | | |
| Dirigenti tec. assistenti sociali | 0 | 0 | 0 |
| Collaboratori prof.li - assistenti sociali senior | 0 | 2 | 2 |
| Collaboratori prof.li - assistenti sociali | 26 | 9 | 35 |
| Operatori socio-sanitari (OSS) | 647 | 348 | 995 |
| TOTALE RUOLO SOCIO SANITARIO | 673 | 359 | 1032 |
| RUOLO TECNICO | | | |
| Dirigenti Analisti | 0 | 1 | 1 |
| Dirigenti Sociologi | 0 | 1 | 1 |
| Collaboratori tecnici prof.li esperti | 0 | 1 | 1 |
| Collaboratori tecnici professionali | 28 | 4 | 32 |
| Collab. tecnici prof.li esperti - programmatori | 1 | 0 | 1 |
| Collaboratori tecnici prof.li - programmatori | 4 | 0 | 4 |
| Programmatori | 2 | 0 | 2 |
| Assistenti tecnici | 21 | 6 | 27 |
| Operatori tecnici spec esperti | 3 | 3 | 6 |
| Operatori tecnici spec esperti-Autisti amb. | 8 | 2 | 10 |
| Operatori tecnici specializzati | 41 | 25 | 66 |
| Operatori tecnici specializzati-Autisti amb. | 38 | 5 | 43 |
| Operatori tecnici | 48 | 24 | 72 |
| Operatori Tecnici - Addetti Ass. (OTA) | 5 | 2 | 7 |
| Ausiliari spec. (tecn-econ e socioassist) | 71 | 15 | 86 |
| TOTALE RUOLO TECNICO | 270 | 89 | 359 |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | | | |
| Dirigenti amm.vi | 17 | 5 | 22 |
| Coll. amm.vi prof.li esperti | 12 | 3 | 15 |
| Coll. amm.vi prof.li | 81 | 35 | 116 |
| Ass. amministrativi | 164 | 64 | 228 |
| Coadiutori amm.vi esperti | 20 | 6 | 26 |
| Coadiutori amm.vi | 47 | 33 | 80 |
| Commessi | 0 | 5 | 5 |
| TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO | 341 | 151 | 492 |
| TOTALE GENERALE | 4209 | 1994 | 6203 |

SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

I soggetti coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione e dell'illegalità in ambito aziendale, chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione del piano e all'attuazione e controllo di efficacia delle misure con esso adottate, sono:

a. il **Direttore Generale** quale organo di vertice dell'Azienda a cui compete:

- Individuare e nominare il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza tenendo conto delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e adoperarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo ;
- definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico - gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- adottare ed aggiornare, su proposta del RPCT, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, contenente la sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno. Il Piano viene quindi pubblicato sul sito internet dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- adottare tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- garantire al Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- disporre le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività
- ricevere la relazione annuale del RPCT e le segnalazioni del RPCT su eventuali disfunzioni riscontrate sull'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza.

b. il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza a cui compete:

- predisporre in tempi utili per l'approvazione entro il 31 gennaio di ogni anno, coadiuvato dalle diverse Strutture dell'Azienda nonché dal gruppo di supporto tecnico individuato dal Direttore Generale, la sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e della trasparenza del PIAO, da sottoporre al Direttore Generale per l'approvazione.
- provvedere alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso qualora vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- provvedere alla verifica, d'intesa con i Dirigenti competenti, dell'effettiva possibilità di rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che vengano commessi reati di corruzione, o all'attuazione delle misure alternative previste dal Piano;
- provvedere ad individuare, con i Dirigenti, il personale da inserire nei programmi di formazione previsti, ai sensi della Legge 190/2012 e definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio;

- predisporre (e pubblicare nel sito web Aziendale) una relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta entro i termini di legge, da trasmettere al Direttore Generale dell'Azienda ed all'OIV;
- vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- segnalare al Direttore Generale e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indicare all'UAD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- vigilare, ai sensi del D.Lgs 39/2013, della deliberazione ANAC n. 149/2014, delle Linee guida ANAC del. 833 del 3 agosto 2016 e della delibera 1201 del 18.12.2019, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, sul rispetto delle disposizioni del decreto medesimo sulla inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi, contestando agli interessati l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità di cui al decreto stesso;
- vigilare, ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, sulla diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'amministrazione, sul monitoraggio annuale sulla sua attuazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del D.Lgs. 165/2001 e ss.ii.mm., curare la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 6 novembre 2012, n. 190, dei risultati del monitoraggio;
- svolgere un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, segnalando al Direttore Generale, all'OIV, all'ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- riferire sull'attività qualora lo ritenga opportuno e nei casi in cui il Direttore Generale, l'OIV o l'ANAC lo richiedano
- assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.lgs. 97/2016 e pronunciarsi sulle richieste di riesame entro il termine di 20 giorni.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di ASUGI è il dott. Michele Rossetti, dirigente amministrativo a tempo indeterminato con incarico di Direzione della Struttura Complessa Gestione Risorse Umane Area Giuridica e Formazione, nominato con decreto n. 120 dd. 29.1.2020.

c. tutti i **Dirigenti e i Responsabili di strutture** per l'area di rispettiva competenza a cui compete:

- diffondere una cultura di prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti, favorendo l'informazione dei propri collaboratori sulle procedure e sui regolamenti aziendali, con particolare riguardo al personale di nuova assegnazione;

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT;
- individuare i processi di lavoro ed il personale maggiormente a rischio nell'ambito della propria struttura;
- implementare sistemi di controllo e di monitoraggio che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati dei propri collaboratori;
- partecipare all'elaborazione del Piano triennale fornendo attiva collaborazione al Responsabile aziendale nella valutazione del grado di rischio presente, nell'individuazione ed eventuale correzione, integrazione, modifica degli interventi organizzativi e delle procedure volte a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, nonché nella predisposizione di idonei strumenti di monitoraggio;
- fissare i termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, laddove non già previsti da norme o regolamenti o altra disciplina, e monitorare il loro effettivo rispetto con cadenza periodica, con l'obbligo di segnalare al RPCT eventuali scostamenti o anomalie riscontrate;
- monitorare i rapporti instaurati tra l'Azienda ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, secondo regolamenti e procedure interne che verranno adottate e, se già presenti, aggiornate alla luce della normativa anticorruzione;
- garantire la massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, diffondendone la conoscenza fra il personale della propria struttura;

- individuare il personale, con particolare riferimento al personale destinato ad operare in aree ad alto rischio, da inserire in percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, comunicandoli al RPCT, e pianificare modalità di condivisione delle conoscenze e competenze acquisite;
- verificare, d'intesa con il RPCT, qualora prevista, l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree di attività nel cui ambito è più elevato rischio di corruzione, o l'attuazione delle misure alternative previste dal Piano.
- assicurare il rispetto della normativa in materia di tutela del dipendente che segnala condotte illecite di cui alla L. 179 del 30.11.2017 e all'art. 54 *bis* del D.lgs. 165/2001;
- adottare misure a garanzia del rispetto del Codice di comportamento di dipendenti di cui al DPR 62/2013 (Codice generale) e del Codice di comportamento aziendale, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano;
- adottare misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, di cui al D.Lgs di data 8.4.2013 n. 39 (emanato a norma dell'art. 1, commi 49 e 50 della Legge 190/2012), anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16-ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001);
- all'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, ex art. 53 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dal comma 42 della Legge 190/2012;
- adottare misure in materia di trasparenza così come previste dal D.lgs. 33/2013, dalle altre disposizioni vigenti, nonché dal presente Piano;
- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- adottare, ove competenti, le misure gestionali quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale;
- osservare le misure contenute nel PTPCT;
- garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, in base agli obblighi di trasparenza, ai fini del rispetto di quanto stabilito dalle norme in materia, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;

d. i Referenti per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'area di rispettiva competenza, espressamente individuati dai Responsabili delle articolazioni aziendali, ai quali compete:

- assicurare supporto tecnico al Direttore della struttura, oltre che al personale afferente alla struttura stessa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;

- vigilare sul rispetto dei tempi per gli adempimenti di competenza della struttura previsti dal PIAO;
- collaborare con il personale della struttura di afferenza all'adempimento di quanto previsto dal PIAO;
- garantire l'uniformità delle pubblicazioni laddove, a seguito dell'unificazione, non sia risultato ancora possibile procedere ad una pubblicazione unitaria o uniforme di dati o informazioni correlati a specifici adempimenti;
- segnalare al Responsabile della Struttura e al RPCT eventuali criticità nell'applicazione delle previsioni del PIAO;
- collaborare con il Responsabile della struttura alla predisposizione della Relazione annuale da trasmettere al RPCT;
- supportare l'Ufficio Trasparenza e Prevenzione della Corruzione e il RPCT nel monitoraggio e nella verifica degli adempimenti di competenza della Struttura;

Nel corso del 2025 sarà chiesto a tutti i Direttori / Responsabili delle strutture tecnico amministrative e socio sanitarie aziendali di confermare i nominativi dei Referenti di struttura o di procedere ad una nuova individuazione.

e. l'Ufficio Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, a cui compete:

- curare l'aggiornamento normativo in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione, anche con riferimento alle delibere / determinazioni ANAC;
- coordinare gli adempimenti relativi alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione rapportandosi con i Referenti delle strutture;
- predisporre il materiale utile all'OIV inerente le attestazioni e i controlli di competenza del suddetto Organismo;
- provvedere al monitoraggio periodico dello stato di avanzamento degli adempimenti, riferendone i risultati al RPCT;
- collaborare con il RPCT nella stesura della sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e della trasparenza del e della Relazione annuale del RPCT, coordinando la fase di redazione e analisi delle Relazioni trasmesse dalle singole strutture al RPCT;
- fornire supporto tecnico al RPCT nella redazione degli atti / regolamenti di competenza;
- fornire supporti tecnico ai Responsabili e ai Referenti delle strutture in tema di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- segnalare al RPCT eventuali criticità nell'applicazione delle previsioni del PIAO;

f. l'Organismo Indipendente di Valutazione della Prestazione (OIV) cui compete di

- offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elaborare una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- validare la Relazione sulla performance, verificando che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e assicurarne la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- verificare, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verificare i contenuti della Relazione annuale del RPCT, in relazione agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- proporre, sulla base del sistema di cui al D.lgs. 150/2009, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- esprimere parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda, o sulle modifiche allo stesso;
- riferire all'ANAC, qualora richiesto, in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza;

g. **l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, UPD** a cui compete:

- attivare i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvedere alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- proporre l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale.

h. il **Data Protection Officer – DPO** responsabile della corretta gestione del trattamento dei dati personali in ottemperanza alle disposizioni del Regolamento Europeo (GDPR) n. 2016/679 e del D.lgs. n. 101 del 10.8.2018 di adeguamento del Codice in materia di protezione dei dati personali

h. **tutti i dipendenti** dell'amministrazione. Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, prestano la loro collaborazione al RPCT, osservano le misure contenute nel PTPCT e segnalano eventuali situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD e casi di personale conflitto di interessi secondo la normativa vigente. La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

i. **i collaboratori a qualsiasi titolo** dell'amministrazione che devono osservare le misure contenute nel PTPCT e segnalare le situazioni di illecito.

2.3.2 LA MAPPATURA DEI PROCESSI, L'IDENTIFICAZIONE E LA VALUTAZIONE DEI RISCHI

Il processo della gestione del rischio corruttivo nelle pubbliche amministrazioni introdotto con il Piano Nazionale Anticorruzione 2013 è stato radicalmente rivisto nel 2019, con l'approvazione del nuovo PNA (del ANAC1064 del 13.11.2019).

Su indicazione dell'ANAC stessa, infatti, l'allegato 1 al PNA contenente Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi, è ad oggi l'unico documento metodologico da seguire nella predisposizione dei Piani triennali della prevenzione della corruzione e della trasparenza per la parte relativa al rischio corruttivo. L'aggiornamento 2023 al PNA 2022 ha inoltre introdotto una sezione dedicata all'esemplificazione dei rischi corruttivi e delle misure di contenimento relativo al settore degli acquisti, alla luce del nuovo quadro normativo.

L'ANAC nel PNA 2019, discostandosi da quanto sostenuto nei precedenti Piani, ha precisato che *“con riferimento alla misurazione e alla valutazione del livello di esposizione del rischio, si ritiene opportuno privilegiare un'analisi di tipo qualitativo, accompagnata da adeguate documentazioni e motivazioni rispetto ad un'impostazione quantitativa che prevede l'attribuzione di punteggi”*.

Il principale strumento attraverso cui ogni amministrazione può realizzare l'esame dei propri processi, identificando sia i rischi corruttivi in senso stretto sia i casi di maladministration, cattiva gestione o perdita di qualità del servizio è oggi costituito dalla specifica sezione del PIAO. Il PNA inoltre insiste sull'importanza del coinvolgimento di tutti gli attori delle amministrazioni (organi di indirizzo, dirigenti e personale) al fine di consentire lo sviluppo di processi unitari che superino la logica dell'adempimento burocratico, andando ad incidere in maniera efficace sui momenti decisionali, allontanando il rischio di corruzione e intervenendo in maniera incisiva nei casi di cattiva gestione.

Nel 2021 il RPCT con l'Ufficio di supporto ha elaborato la nuova metodologia relativa al processo di gestione dei rischi, contenuta nell'Allegato 1 del PTPCT 2022-2023 (adottato con Decreto del Direttore Generale n. 415 del 29/4/2022), e nel PIAO 2022-2024.

La nuova metodologia è stata introdotta nel 2022 per la valutazione (o la revisione della valutazione) dei rischi corruttivi in Azienda. In particolare nel corso del 2022, come previsto dal PTPCT e dal PIAO, la metodologia è stata applicata per la valutazione dei rischi delle seguenti strutture: SC Ricerca e Innovazione, Direzione del Dipartimento di Prevenzione, SC Accertamenti Clinici di medicina legale, SC Igiene degli alimenti di origine animale, SC Igiene degli alimenti e della nutrizione, SC Igiene e Sanità pubblica, SC Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro, SC Sanità pubblica veterinaria, SSD Sicurezza Impiantistica.

Nel 2023 sono stati inoltre nuovamente mappati i processi ed è stata effettuata la rivalutazione dei rischi delle SC Edilizia e Impianti Area Giuliana, Sc Edilizia e Impianti Area Isontina, SC Provveditorato Economato, SC Direzione Amministrativa di Presidio Ospedaliero e Territorio Area Isontina - settore Acquisizioni, Sc Gestione Risorse Umane Area Giuridica e Formazione – settore Acquisizione e Carriera del Personale.

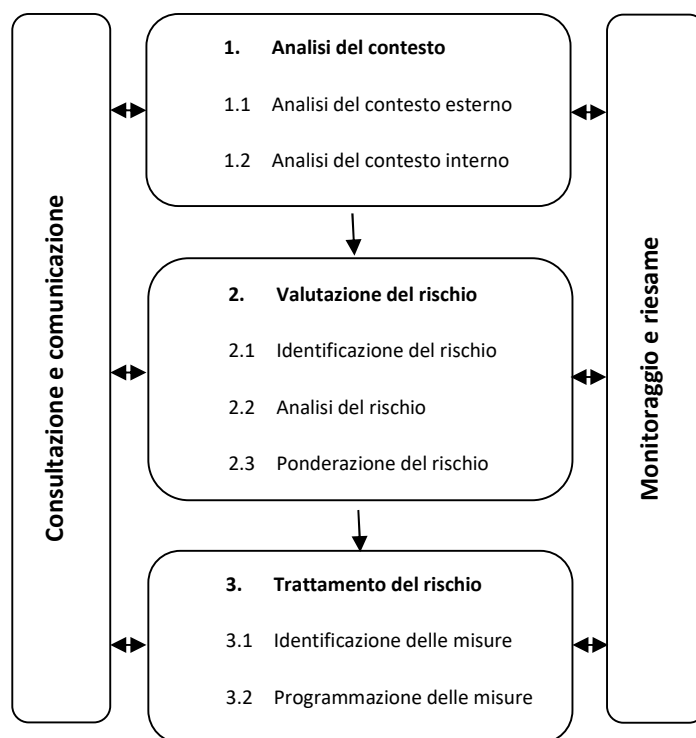
Nel 2024 l'attività si è concentrata sulla mappatura dei processi amministrativi ospedalieri di competenza della SC Direzione Amministrativa di Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano e sull'avvio della valutazione dei rischi dei processi amministrativi territoriali di competenza delle SSCC Direzione Amministrativa di Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano e Isontino. Sono stati inoltre mappati i processi della SC Ingegneria Clinica.

Le nuove valutazioni dei rischi sono allegate al presente piano (All. 1a)

IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Il macroprocesso "gestione del rischio" si compone delle seguenti fasi:

1. Analisi del contesto esterno ed interno (e mappatura dei processi)
2. Valutazione del rischio
3. Trattamento del rischio.



In merito alla progettazione e attuazione del processo di gestione del rischio vanno sempre rispettati i principi guida stabiliti dall'ANAC nel PNA 2019:

- Principi strategici:
 - I. Coinvolgimento dell'organo di indirizzo politico amministrativo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo;
 - II. Coinvolgimento di tutta la struttura organizzativa nel processo di gestione del rischio mediante diffusione della cultura organizzativa di gestione del rischio;
 - III. Collaborazione tra amministrazioni;
- Principi metodologici:

- I. Prevalenza della sostanza sulla forma (attuazione del sistema di prevenzione attraverso un approccio sostanziale e non come mero adempimento formale);
 - II. Gradualità del processo di gestione del rischio;
 - III. Selettività nell'individuazione delle priorità di trattamento, attraverso una adeguata analisi e stima dei rischi;
 - IV. Integrazione tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della *performance*;
 - V. Miglioramento e apprendimento continuo mediante riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema;
- Principi finalistici:
 - I. Effettività della strategia di prevenzione (evitare di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità);
 - II. Orizzonte del valore pubblico, inteso come miglioramento del livello di benessere della comunità di riferimento mediante la riduzione del rischio di erosione del valore pubblico a seguito di fenomeni corruttivi.

In questa sede l'analisi viene incentrata sulle fasi relative all'analisi del contesto interno, e in particolare sulla mappatura dei processi, e sulla valutazione e trattamento del rischio.

Analisi del contesto interno - LA MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura dei processi / procedimenti aziendali è il punto di partenza del macroprocesso di gestione del rischio corruttivo.

Innanzitutto va chiarita la differenza tra procedimento e processo.

Il PROCEDIMENTO si riferisce all'*attività* e alle *regole*: è un insieme di attività ripetitive, sequenziali e condivise tra chi le attua. Esse vengono poste in essere per raggiungere un determinato risultato. E' il "che cosa" deve essere attuato per ottenere un "qualcosa", un prodotto, descritto sotto forma di regole formalizzate e riconosciute.

Il PROCESSO si concentra su "*uomini e mezzi*" / "*risorse e strumenti*" utilizzati per raggiungere un risultato: è un insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione.

Il concetto di procedimento (di cui alla L. 241/90) e di processo non sono tra loro incompatibili. La rilevazione dei procedimenti infatti può costituire il punto di partenza per indentificare i processi organizzativi.

La mappatura, quindi, come previsto nel PNA, deve condurre alla definizione di un elenco di processi o di macro processi e consiste nella loro individuazione e analisi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta da un'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che possano risultare potenzialmente esposte a rischi corruttivi

Prima del 2020 le precedenti Aziende (che oggi costituiscono ASUGI) avevano condotto un'analisi dei processi e una valutazione dei rischi così articolata:

- nella ex ASUITS (Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste) è stata realizzata la mappatura dei processi e dei procedimenti aziendali (su gran parte delle strutture tecnico amministrative, dei Distretti e dei Dipartimenti territoriali sanitari), con individuazione delle fasi e dei Responsabili. Una volta completata la mappatura dei processi e procedimenti, è stata effettuata la valutazione dei rischi delle singole fasi di ogni processo o procedimento. La valutazione dei rischi è stata effettuata mediante gruppi di lavoro che hanno coinvolto il RPCT, l'Ufficio Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, i Responsabili delle Strutture con i Referenti per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione e alcuni collaboratori delle Strutture coinvolte. Il risultato dell'analisi è allegato al PTPCT 2019-2021 pubblicato sul sito web aziendale. La metodologia applicata per la valutazione del rischio è stato anch'essa descritta nel PTPCT 2019-2021 al punto 2 ed è allineata a quanto allora vigente e predisposto dall'ANAC nel PNA del 2015.

- nella ex AAS2 (Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Isontina) il RPCT ha chiesto ad ogni Direttore o Responsabile di struttura la mappatura dei procedimenti di competenza della stessa. E' stata quindi predisposta l'analisi dei processi ad alto e medio rischio alla luce delle indicazioni fornite da ANAC nel PNA 2015. Il risultato del lavoro è allegato al PTPCT dell'Azienda 2019-2021 pubblicato sul sito web aziendale.

Si tenga presente che nell'anno 2021, nell'ambito di un percorso di efficientamento dei processi e dei procedimenti, alle strutture tecnico amministrative è stato assegnato il seguente obiettivo: "Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa". Tali mappature sono parte integrante del lavoro svolto a partire dal 2022 per la valutazione dei rischio nell'ambito dell'attuazione del PTPCT.

La mappatura dei processi prevede:

1. L'IDENTIFICAZIONE dei processi e procedimenti e conseguente elencazione;
2. L'analisi di ogni processo e la sua suddivisione in FASI;
3. L'individuazione, per ogni processo e , se del caso, per ogni fase, della Struttura Responsabile e delle eventuali strutture/articolazioni aziendali coinvolte.

Tali attività devono svolgersi in gruppi di lavoro composti dal Direttore della Struttura di volta in volta coinvolta e dal personale da questo individuato oltre che dal RPCT e dall'Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio è la macro fase del processo di gestione del rischio che si articola in:



IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

L'IDENTIFICAZIONE del rischio è finalizzata ad individuare comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ad un processo tramite i quali si concretizza il rischio corruttivo.

Il RISCHIO viene definito come l'effetto dell'incertezza sugli obiettivi (UNI ISO 31000:2010); ove l'effetto consiste nello scostamento (positivo o negativo) da un risultato atteso e l'incertezza consiste nello stato, anche parziale, di assenza di informazioni relative alla comprensione di un evento, delle sue conseguenze e della sua verosimiglianza (=probabilità). Il rischio, quindi, non dipende dal fatto che alcuni eventi possono influire sui nostri obiettivi, ma dal fatto che *non conosciamo* tali eventi (=incertezza).

Innanzitutto, per poter procedere all'identificazione degli eventi rischiosi, va definito l'OGGETTO DELL'ANALISI, che può consistere nell'intero processo analizzato o nelle singole fasi / attività. La decisione sul livello dell'analisi viene presa nell'ambito del *focus group* e può variare a seconda dei vari processi analizzati. Ci sono infatti casi in cui può risultare opportuno effettuare una valutazione del rischio sulle singole fasi e altri in cui tale scelta appare non adeguata alla tipologia di processo analizzata.

Il passaggio successivo consiste, quindi nella INDIVIDUAZIONE e FORMALIZZAZIONE dei rischi, e, a tal fine, sempre nell'ambito dei focus group, saranno prese in considerazione:

- le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- eventuali eventi sentinella/episodi di cattiva gestione che hanno avuto luogo in passato in relazione allo specifico processo;
- le segnalazioni eventualmente pervenute mediante *whistleblowing* o segnalazioni di criticità ricevute dal Direttore delle strutture coinvolte;
- le risultanze delle analisi eventualmente svolte dagli organismi di controllo interno;
- il registro dei rischi di altre aziende sanitarie (*benchmarking*).

Sarà valutata l'opportunità di predisporre un elenco di potenziali eventi rischiosi standard per diversi settori di attività che possa agevolare le strutture nella individuazione dei rischi.

L'identificazione degli eventi rischiosi conduce, quindi, alla creazione del "Registro degli eventi rischiosi" nel quale sono riportati tutti gli eventi rischiosi relativi ai processi aziendali.

ANALISI DEL RISCHIO

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo: il primo è la comprensione più approfondita degli eventi rischiosi precedentemente identificati (attraverso l'analisi dei fattori abilitanti) e il secondo è la stima del livello di esposizione dei processi agli eventi di rischio.

Fondamentale in questa fase è l'ANALISI DEI FATTORI ABILITANTI, ossia dei fattori che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione e che, per i processi di competenza di ASUGI sono stati così identificati:

| |
|---|
| Mancanza di misure del trattamento del rischio |
| Mancanza di controlli |
| Mancanza di trasparenza |
| Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza normativa di riferimento |
| Scarsa responsabilizzazione interna |
| Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto al processo |
| Inadeguata diffusione della cultura della legalità |
| Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione. |

L'analisi di questi fattori consente, quindi, di individuare o rafforzare le misure specifiche di trattamento o di prevenzione del rischio.

Una volta individuati i fattori abilitanti si passa alla STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO di eventi corruttivi. Tale stima consente all'Azienda, ai Responsabili delle Articolazioni organizzative e al RPCT di individuare i processi caratterizzati da un maggiore rischio, sui quali sarà necessario concentrare l'attenzione sia per l'individuazione di misure di mitigazione del rischio sia per il monitoraggio delle stesse.

Il PNA 2019 ha imposto una nuova metodologia per la stima del livello di esposizione del rischio, proponendo l'utilizzo di un approccio qualitativo, in luogo dell'approccio quantitativo di cui al precedente Allegato 5 del PNA 2013-2016.

L'analisi svolta dalla ex ASUITS ed ex AAS2 si era basata sulla metodologia quantitativa, mediante utilizzo della scheda di valutazione che era stata predisposta dall'ANAC nel su citato allegato 5.

Ora l'Azienda, adeguandosi al cambiamento richiesto da ANAC, adotta un sistema di valutazione qualitativo, che viene di seguito descritto, e che deve rispettare un generale principio di prudenza in base al quale, in presenza di situazioni dubbie, va sempre data la valutazione del rischio più alta, evitando la sottostima (che non permetterebbe di attuare le opportune misure di prevenzione o mitigazione).

Una volta scelto l'approccio qualitativo è necessario:



Quanto ai criteri di valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi, l'ANAC suggerisce di tradurli operativamente in INDICATORI DI RISCHIO (*Key risk indicators*) in grado di fornire indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti.

Pur orientandosi verso l'approccio qualitativo, al fine di rendere la valutazione meno autoreferenziale e di temperare la discrezionalità nella valutazione con un'analisi il più possibile oggettiva dei rischi, l'Azienda ritiene opportuno applicare anche le indicazioni contenute nella norma ISO 31000 "Gestione del rischio – Principi e Linee guida", in base alla quale la valutazione del rischio si ottiene incrociando due indicatori compositi (ognuno composto da più variabili):

1. La **PROBABILITÀ** che consente di valutare quanto è probabile che l'evento rischioso accada
2. L'**IMPATTO**, ovvero l'ammontare del danno conseguente all'eventuale verificarsi di un determinato evento rischioso

Nella stima della probabilità dell'avverarsi degli eventi rischio ci si basa quindi sui seguenti indicatori di rischio:

| |
|--|
| Grado di discrezionalità del decisore interno all'azienda |
| Manifestazione di eventi corruttivi nel passato / segnalazioni o reclami |
| Adeguatezza delle competenze del personale addetto |
| Complessità del processo |
| Grado di attuazione delle misure di trattamento del rischio |

Nella stima dell'impatto le valutazioni verteranno su:

| |
|---|
| Impatto in termini di contenzioso |
| Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio |
| Impatto sull'immagine dell'Azienda |
| Impatto economico |

Di seguito si fornisce una rappresentazione sintetica della scheda da utilizzare per la formulazione del giudizio sintetico in merito al livello di esposizione al rischio:

| Processo/Procedimento | Descrizione del rischio | PROBABILITA' | | | | | P | IMPATTO | | | | I | livello di rischio |
|-----------------------|-------------------------|--------------|----|----|----|----|---|---------|----|----|----|---|--------------------|
| | | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | | I1 | I2 | I3 | I4 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

La "misurazione" di ciascuna delle variabili/indicatori di rischio proposti consiste nelle valutazioni espresse dai Responsabili dei singoli processi / procedimenti (nell'ambito del *focus group*) mediante l'utilizzo di una scala di misura uniforme articolata in ALTO, MEDIO, BASSO.

La sintesi delle misurazioni di probabilità e impatto viene ottenuta attraverso l'impiego di un indice di posizione (la MODA) che consiste nel valore che si presenta con maggiore frequenza. Nel caso di valori che si presentano con la medesima frequenza è consigliabile adottare il valore più alto.

Di seguito si evidenziano i criteri per la stima della probabilità e dell'impatto:

STIMA DELLA PROBABILITA':

| | | | |
|----|--|-------|---|
| P1 | Grado di discrezionalità | Alto | Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione degli obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare |
| | | Medio | Discrezionalità mitigata da altri fattori (normativa - procedure ecc) |
| | | Basso | Modesta o nulla discrezionalità |
| P2 | Manifestazione di eventi corruttivi nel passato / segnalazioni o reclami | Alto | Si, si sono manifestati eventi corruttivi in passato / Sono pervenute segnalazioni di abuso o mancato rispetto delle procedure |
| | | Medio | Si sono verificati eventi ma in aziende sanitarie regionali diverse da ASUGI / sono pervenute segnalazioni in merito a cattiva gestione o scarsa qualità del servizio |

| | | | |
|----|---|-------|--|
| | | Basso | Nessun evento rilevato / nessuna segnalazione o reclamo |
| P3 | Adeguatezza delle competenze del personale addetto | Alto | Competenze non adeguate o poco diffuse tra il personale |
| | | Medio | Solo una parte del personale ha adeguate competenze |
| | | Basso | Il livello di competenza è alto e diffuso tra il personale |
| P4 | Complessità del processo | Alto | Il processo è regolato da norme complesse e/o poco chiare |
| | | Medio | Il processo è regolato da norme complesse ma ben conosciute e applicate |
| | | Basso | Processo meramente operativo che prevede l'applicazione di norme di base |
| P5 | Grado di attuazione delle misure di trattamento del rischio | Alto | Mancata individuazione di misure di mitigazione del rischio |
| | | Medio | Le misure sono individuate ma ci sono delle criticità nell'applicazione e/o monitoraggio |
| | | Basso | Le misure di mitigazione sono ben individuate, applicate e monitorate con costanza |

STIMA DELL'IMPATTO:

| | | | |
|----|---|-------|---|
| I1 | Impatto in termini di contenzioso | Alto | Valutare se in merito al processo / procedimento in analisi ci sono stati contenziosi e di quale tipologia / entità |
| | | Medio | |
| | | Basso | |
| I2 | Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio | Alto | Valutare se l'evento di rischio potrebbe impattare sull'erogazione del servizio e in quale misura |
| | | Medio | |
| | | Basso | |
| I3 | Impatto sull'immagine dell'Azienda | Alto | Valutare tenendo in considerazione anche eventuali articoli apparsi sulla stampa anche locale in passato |
| | | Medio | |
| | | Basso | |
| I4 | Impatto economico | Alto | Il processo da luogo a rilevanti benefici economici per i destinatari |
| | | Medio | Modesti benefici economici |
| | | Basso | Benefici economici scarsi o nulli |

Il giudizio formulato sui criteri su esposti deve basarsi sia su dati oggettivi che su forme di autovalutazione da parte dei Responsabili dei processi / procedimenti, con il supporto del RPCT che deve valutare la ragionevolezza delle valutazioni e delle motivazioni ed evitare una sottostima del rischio.

Infine, la combinazione di probabilità e impatto mediante la matrice dei rischi consente di ottenere la FORMULAZIONE DI UN GIUDIZIO SINTETICO di stima del LIVELLO DI RISCHIO:

| | | IMPATTO | | |
|--------------|-------|------------------|------------------|------------------|
| | | ALTO | MEDIO | BASSO |
| PROBABILITA' | ALTO | RISCHIO ALTO | RISCHIO ALTO | RISCHIO MODERATO |
| | MEDIO | RISCHIO ALTO | RISCHIO MODERATO | RISCHIO BASSO |
| | BASSO | RISCHIO MODERATO | RISCHIO BASSO | RISCHIO MINIMO |

La PONDERAZIONE del rischio consente, quindi, di definire QUALI rischi necessitano di un trattamento e la relativa PRIORITA' di attuazione, anche considerati gli obiettivi dell'Azienda e il contesto in cui essa opera.

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio è la fase in cui vengono individuate le MISURE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO, ovvero i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, in base alle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Innanzitutto va ricordato che nell'ambito del PTPCT vengono individuate le MISURE GENERALI che vengono applicate in maniera trasversale su tutta l'organizzazione aziendale e agiscono a livello di "sistema" complessivo.

Ciò che invece va definito in relazione ai rischi individuati, sono le MISURE SPECIFICHE, che agiscono in maniera puntuale sul singolo rischio.

Quindi, il trattamento del rischio si articola in



• INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE

Prima dell'identificazione di nuove misure è necessario procedere ad un'analisi delle eventuali misure già previste in precedenza dai PTPCT per valutarne il livello di attuazione e l'adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti.

Quindi, successivamente, (anche a seguito dell'individuazione del rischio residuo), il Responsabile del processo / procedimento, nell'ambito del *focus group*, proporrà misure di mitigazione e prevenzione del rischio tenendo in considerazione che le misure dovranno

- a. essere sostenibili economicamente e a livello organizzativo;
- b. adattarsi alle caratteristiche specifiche dell'Azienda.

Tra le misure che si possono attuare a seconda dei rischi analizzati si possono considerare (come suggerito dall'ANAC):

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

• PROGRAMMAZIONE

Una volta individuate le misure di prevenzione / mitigazione del rischio, è necessario definire

- le tempistiche di realizzazione delle stesse (nel periodo di valenza del Piano triennale)

- le responsabilità di attuazione (individuando il soggetto responsabile, che non deve necessariamente coincidere con il Responsabile della Struttura)
- gli indicatori misurabili di monitoraggio.

•MONITORAGGIO

Il monitoraggio deve riguardare l'ATTUAZIONE delle misure (secondo le tempistiche definite nel Piano) e l'IDONEITA' delle stesse.

Per quanto riguarda il monitoraggio dell'ATTUAZIONE delle misure, essendo ASUGI un'organizzazione complessa, in cui, peraltro, le strutture risultano essere numerose e dislocate in diverse sedi sul territorio, a seconda delle misure individuate si potrà definire di strutturare il monitoraggio in due livelli: un primo livello di competenza del Responsabile del procedimento, che dovrà fornire le risultanze del monitoraggio al RPCT ai fini di una verifica di secondo livello; in altri casi il monitoraggio potrà avvenire in forma di *internal audit*.

Anche la valutazione dell'IDONEITA' delle misure, intesa come effettiva capacità delle stesse di ridurre il rischio, dovrà essere fatta dal RPCT unitamente ai responsabili dei processi / procedimenti, tenendo in considerazione anche le risultanze dell'attività di valutazione della *performance* aziendale.

La mappatura dei processi e le valutazioni effettuate a partire dal 2022 sono contenute nell' Allegato 2a; le mappature dei processi e le valutazioni dei rischi delle altre strutture aziendali effettuate nel periodo antecedente al 2022 sono consultabili all'Allegato 2b.

2.3.3 MISURE DI PREVENZIONE E DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

In merito alla previsione di misure di contenimento e di trattamento del rischio, per il triennio 2025-2027, si rinvia a quanto contenuto nell'Allegato 3 del presente Piano nel quale sono esplicitati:

- gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- le misure generali di prevenzione della corruzione;
- le misure di carattere specifico.

Occorre precisare che, come già specificato per altre sezioni del Piano, stante la necessità di garantire la coerenza dei contenuti della sezione ai documenti di programmazione aziendale (Piano Attuativo e Bilancio preventivo), si provvede in questa fase a predisporre parte delle misure con riserva di aggiornamento nei termini di cui all'art. 8 del DM 132/2022.

2.3.4 TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO

PREMESSA

Nella presente sezione vengono analizzate le modalità di realizzazione della trasparenza in ASUGI e l'integrazione con la normativa in tema di protezione della Privacy.

L'indicazione dei singoli obblighi di trasparenza, con la precisazione dei tempi e dei soggetti responsabili è rimandata all'Allegato 4 del presente Piano.

Va segnalata una criticità in merito agli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 14 del D.lgs. 33/2013 (concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali).

La norma, negli ultimi anni, è stata oggetto di numerose interpretazioni, sia da parte dell'ANAC, che da parte della Corte costituzionale, che dai Tribunali amministrativi regionali, che, infine, da parte del legislatore.

Nel riprendere la disamina sull'argomento già svolta nel PTPCT 2021-2023, si evidenzia che, a conclusione di un susseguirsi di delibere ANAC (n. 241/2017, n. 382/2017, n. 586/2019), della pronuncia della Corte costituzionale n. 20/2019, della pronuncia del Tar Lazio 12288/2020, il DL 30/12/2019 n. 162, come modificato dal DL 183 del 31/12/2020 (conv. L. 21/2021), ha stabilito quanto segue:

“7. Fino alla data di entrata in vigore del regolamento di cui al terzo periodo, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Corte costituzionale 23 gennaio 2019, n. 20, ai soggetti di cui all'articolo 14, comma 1-bis, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ad esclusione dei titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'articolo 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non si applicano le misure di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo decreto legislativo n. 33 del 2013. Fermo restando quanto previsto alla lettera c) del presente comma, per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dal citato articolo 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo n. 165 del 2001, continua a trovare piena applicazione la disciplina di cui all'articolo 14 del citato decreto legislativo n. 33 del 2013. Con regolamento da adottarsi entro il 30 aprile 2021, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro della giustizia, il Ministro dell'interno, il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale e il Ministro della difesa, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, sono individuati i dati di cui al comma 1 dell'articolo 14 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, che le pubbliche amministrazioni e i soggetti di cui all'articolo 2-bis, comma 2, del

medesimo decreto legislativo *devono pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, comunque denominati, nonché ai dirigenti sanitari di cui all'articolo 41, comma 2, dello stesso decreto legislativo, ivi comprese le posizioni organizzative ad essi equiparate, nel rispetto dei seguenti criteri:*

a) graduazione degli obblighi di pubblicazione dei dati di cui al comma 1, lettere b) ed e), dell'articolo 14, comma 1, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, in relazione al rilievo esterno dell'incarico svolto, al livello di potere gestionale e decisionale esercitato correlato all'esercizio della funzione dirigenziale, tenuto anche conto della complessità della struttura cui è preposto il titolare dell'incarico, fermo restando per tutti i titolari di incarichi dirigenziali l'obbligo di comunicazione dei dati patrimoniali e reddituali di cui all'articolo 13, comma 3, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62;

b) previsione che i dati di cui all'articolo 14, comma 1, lettera f), del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, possano essere oggetto anche di sola comunicazione all'amministrazione di appartenenza; [...]"

Ad oggi il regolamento attuativo per l'individuazione degli obblighi di pubblicazione dei dati riferiti ai dirigenti, atteso per il 30 aprile 2021, non è stato adottato, né è stato prorogato il termine per la sua adozione.

Rimane in ogni caso la validità delle argomentazioni e delle previsioni della sentenza della Corte costituzionale, che avrebbero dovuto trovare applicazione in un regolamento di adeguamento, e rimane la sospensione *"Fino alla data di entrata in vigore del regolamento"*, del regime di responsabilità dirigenziale previsto dall'art. 46 D.lgs. 33/2013, nei confronti dei dirigenti in caso di mancata comunicazione o pubblicazione dei dati di cui alla lett. f) art 14 e la sospensione delle sanzioni previste dall'art. 47 del d.lgs. 33/2013 (irrogabili da parte dell'ANAC).

In conclusione, pur nell'incertezza dovuta alla mancanza di una disciplina completa della materia, ASUGI ritiene che permangano gli obblighi di pubblicazione dei dati di cui all'art. 14 lett. da a) ad e) per il Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore dei servizi socio sanitari, Direttori di Dipartimento, Direttori di Struttura Complessa, Direttori di Struttura Semplice o Semplice Dipartimentale. Mentre resta sospesa la pubblicazione dei dati di cui all'art. 14 lett. f).

La Delibera ANAC n. 495 del 25.9.2024 – Approvazione di 3 schemi di pubblicazione di sensi dell'art. 48 del D.lgs. 33/2013

L'art. 48, co. 2 e 3, del D.lgs. 33/2013 conferisce ad ANAC il compito di definire, sentiti il Garante per la protezione dei dati personali, la Conferenza unificata, l'Agenzia Italia Digitale-AGID e l'ISTAT, modelli e schemi per l'organizzazione, la codificazione e la rappresentazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente. Il medesimo art. 48, al comma 5, prevede che le pubbliche amministrazioni, nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione, siano tenuti a conformarsi agli schemi definiti dall'ANAC.

Con la delibera n. 495 del 25.9.2024 l'ANAC ha approvato 3 schemi finalizzati all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli artt.

- art. 4-bis – utilizzo delle risorse pubbliche;
- art. 13 – organizzazione;
- art. 31 – controlli su attività e organizzazione

unitamente alle istruzioni operative contenenti indicazioni utili per la pubblicazione su requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili.

La delibera prevede, per le amministrazioni, un periodo transitorio di 12 mesi per procedere all'aggiornamento delle sezioni *Amministrazione trasparente* rispetto agli schemi approvati.

A tal fine, nel corso del 2025, l'Azienda procederà alla valutazione delle attuali modalità di pubblicazione riferite agli articoli su citati e, entro il mese di settembre 2025 saranno apportati i necessari adeguamenti.

Le sezioni di Amministrazione trasparente coinvolte, in particolare sono:

Pagamenti dell'amministrazione / Dati sui pagamenti – di competenza della SC Economico Finanziaria

Organizzazione / Organigramma – di competenza della SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione e della SSD Comunicazione, URP, Relazioni esterne e Ufficio Stampa

Controlli e rilievi sull'amministrazione – di competenza del RPCT, della SC Programmazione e Controllo di Gestione, SC Economico Finanziaria, della SC Affari Legali e Assicurazioni

La Trasparenza dei contratti pubblici

Dal 1° gennaio 2024 ha acquistato piena efficacia la disciplina del nuovo Codice dei contratti pubblici, D.lgs. n. 36 del 31 marzo 2023, che prevede la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici, come fattore, tra l'altro, di standardizzazione, di semplificazione, di riduzione degli oneri amministrativi in capo agli operatori economici, nonché di trasparenza delle procedure

La digitalizzazione si applica a tutti i contratti sottoposti alla disciplina del Codice, di qualunque importo e comporta che le fasi di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione vengano gestite mediante piattaforme di approvvigionamento digitale certificate.

Come chiarito anche dall'ANAC nell'Aggiornamento al PNA 2023, la disciplina che dispone sugli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture si rinviene oggi all'art. 37 del d.lgs. 33/2013 e nel nuovo Codice dei contratti di cui al d.lgs. n. 36/2023.

In particolare, sulla trasparenza dei contratti pubblici il nuovo Codice ha previsto³:

³ Vedi Aggiornamento PNA 2023, Delibera ANAC 605 del 19.12.23, par. 5.

- che le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);

- che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;

- la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" con il seguente:

"1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78.

2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori."

- che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;

- che l'art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l'abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della legge n. 190/2012.

Sempre secondo quanto precisato dall'Aggiornamento 2023 del PNA, in considerazione delle disposizioni vigenti, delle abrogazioni disposte dal Codice, dell'efficacia differita prevista per alcune disposizioni, la trasparenza dei contratti pubblici è ad oggi materia governata da norme differenziate, che determinano distinti regimi di pubblicazione dei dati e che possono essere così ripartiti :

- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023 per i quali la pubblicazione di dati, documenti e informazioni in Amministrazione Trasparente, sottosezione "Bandi di gara e contratti", avviene secondo le indicazioni ANAC di cui all'Allegato 9) al PNA 2022 (in quanto il nuovo Codice prevede che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del vecchio Codice continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023 (art. 225, co. 1 e 2 d.lgs. 36/2023));

- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023 per i quali la pubblicazione segue le indicazioni fornite dall'ANAC con la Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023;
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024 per i quali gli obblighi di pubblicazione sono assolti secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ss. e dai relativi regolamenti attuativi di ANAC. In particolare, le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP e le modalità di assolvimento di tale obbligo sono stati descritti da ANAC, come sopra precisato, nella delibera n. 261 del 20 giugno 2023. Nell'Allegato 1) della già citata delibera n. 264 del 20 giugno 2023 e successivi aggiornamenti (v. Delibera 601 del 19 dicembre 2023), sono stati invece precisati i dati, i documenti, le informazioni la cui pubblicazione va comunque assicurata nella sezione "*Amministrazione trasparente*".

Resta ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo "ReGiS" descritta nella parte Speciale del PNA 2022, come aggiornata dalle Linee guida e Circolari successivamente adottate dal MEF.

La Trasparenza relativa ai tempi di attesa

Nel mese di gennaio 2024 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato il documento "*Linee di indirizzo – Requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa sui siti web di Regioni, Province autonome e Aziende sanitarie*" nel quale, al punto 3.2, sono definite le informazioni che dovranno essere presenti sui siti web delle Aziende sanitarie, per finalità di trasparenza.

Nel documento sono esplicitate le informazioni che dovranno essere pubblicate sui siti web aziendali (con monitoraggio da parte delle Regioni) e le modalità di pubblicazione delle stesse.

L'Azienda ha adeguato la sezione del sito web alle indicazioni delle Linee di indirizzo; le informazioni relative ai tempi d'attesa per prestazioni chirurgiche saranno integrati sulla base delle indicazioni regionali.

MODALITA' DI ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA IN ASUGI

Nella tabella Allegato 4 del presente Piano sono, quindi, riassunti tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla attuale normativa in materia di trasparenza e, all'interno della stessa tabella sono stati individuati:

- i Responsabili della elaborazione e della trasmissione dei dati / documenti /informazioni oggetto di ogni singolo obbligo di pubblicazione (sulla base delle attuali strutture aziendali esistenti e delle responsabilità affidate dai precedenti PTPCT delle due aziende);
- i Responsabili della verifica dei dati preventiva alla pubblicazione;
- i Responsabili della pubblicazione dei dati /documenti / informazioni;
- i tempi effettivi di pubblicazione (stabiliti da ASUGI in ottemperanza al quanto previsto dalle norme e in considerazione delle esigenze di organizzazione interna aziendale);
- le modalità con cui l’Azienda procederà al monitoraggio degli adempimenti.

I soggetti responsabili della elaborazione e trasmissione dei dati sono i Dirigenti / Responsabili delle strutture individuate nell’allegato 4, i quali, così come previsto dall’art. 43 del Dlgs. 33/2013 “*garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge*”.

Nell’ambito del proprio potere organizzativo, ogni Dirigente/Responsabile individua, all’interno della struttura che dirige,

- a) i **collaboratori** che si occupano dei singoli obblighi
- b) un **Referente di struttura** per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, come già avveniva nelle cessate aziende.

Si ricorda che i Referenti di struttura hanno il compito di fornire supporto tecnico al Responsabile di struttura e ai soggetti preposti ai vari adempimenti, di raccordarsi con l’Ufficio Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, fungendo da “ponte” tra la struttura di appartenenza e il suddetto Ufficio, supportandolo nel monitoraggio periodico degli adempimenti.

L’Ufficio Trasparenza e Prevenzione della Corruzione è l’Ufficio di supporto del RPCT: collabora con il Responsabile nella predisposizione del PTPCT e della Relazione annuale; cura l’aggiornamento normativo degli obblighi in materia, anche con riferimento alle delibere / determinazioni dell’ANAC; coordina gli adempimenti rapportandosi con i Referenti delle strutture e predisponendo, laddove necessario, i format omogenei per la pubblicazione dei dati; verifica la congruità dei dati trasmessi dalle strutture, in relazione agli adempimenti richiesti, prima della loro trasmissione all’Ufficio Comunicazione per la pubblicazione; predispone il materiale utile all’OIV inerente le attestazioni e i controlli di competenza del suddetto Organismo, provvede al monitoraggio dello stato di avanzamento degli adempimenti, riferendone i risultati al RPCT, il quale provvederà alle eventuali necessarie azioni correttive ad esso conseguenti. Il monitoraggio degli adempimenti avverrà con cadenza almeno quadrimestrale e riguarderà la totalità degli adempimenti. Il report del monitoraggio viene trasmesso a tutti i Responsabili e Referenti delle strutture aziendali, con evidenza delle eventuali criticità.

Quanto alla sezione Amministrazione trasparente del sito web aziendale occorre evidenziare che l’impianto della stessa è stato creato *ex novo*, trattandosi di azienda di nuova costituzione. L’implementazione della sezione è iniziata nel 2020 ed è proseguita gradualmente, uniformando, per quanto possibile, le pubblicazioni aziendali.

Per evidenti ragioni di completezza, rimangono in ogni caso accessibili le sezioni Amministrazione trasparente dei due precedenti siti web (ASUITS e AAS2) con tutti i contenuti in esse pubblicati fino al 31.12.2019.

L'ACCESSO CIVICO

Come previsto dal PTPCT 2021-2023, l'Azienda ha adottato il Regolamento unificato di disciplina dell'accesso documentale e dell'accesso civico, con DCR 1073 del 17.12.2021 (Il Regolamento è pubblicato sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione trasparente sia nella sottosezione *Altri contenuti / Accesso civico*, che nella sezione *Disposizioni generali / Atti generali / Atti amministrativi generali*).

Il Regolamento contiene la disciplina sia dell'accesso documentale (L. 241/90) che dell'accesso civico, generalizzato e semplice chiarendo gli ambiti di applicazione, le modalità di esercizio del diritto, le limitazioni e le esclusioni, le modalità di gestione delle istanze e le relative responsabilità.

Nel corso del 2023 le Strutture aziendali hanno analizzato le informazioni relative all'accesso pubblicate nelle rispettive sezioni del sito web e, nel corso del biennio 2025/2026 provvederanno all'adeguamento delle stesse, ove necessario, con quanto previsto dal Regolamento aziendale. Sarà cura del RPCT verificare l'uniformità della modulistica utilizzata e pubblicata.

Inoltre, nella sezione "Amministrazione trasparente / Altri contenuti / Accesso civico", viene pubblicato il "Registro degli accessi", una raccolta cronologica organizzata delle richieste di accesso civico contenente l'elenco delle stesse, l'oggetto, la data e l'esito. Il Registro viene aggiornato semestralmente.

TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI

Sul tema del bilanciamento tra la trasparenza e la tutela dei dati personali va posta particolare attenzione, vista l'entrata in vigore, dopo il 25 maggio 2018, del Regolamento UE 2016/679 e del d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 che ha adeguato il Codice in materia di protezione di dati personali alle disposizioni del Reg. UE suddetto.

Nel 2019 la sentenza n. 20 della Corte costituzionale (pronunciata sulla questione delle pubblicazioni di cui all'art. 14 d.lgs. 33/2013), ha analizzato a fondo la problematica del rapporto tra obblighi di pubblicazione e protezione dei dati personali evidenziando che *“risultano in connessione - e talvolta in visibile tensione – diritti e principi fondamentali, contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato”*.

Si legge, in particolare, nella sentenza:

“Da una parte, il diritto alla riservatezza dei dati personali, quale manifestazione del diritto fondamentale all'intangibilità della sfera privata (sentenza n. 366 del 1991), che attiene alla tutela della vita degli individui nei suoi molteplici aspetti. Un diritto che trova riferimenti nella Costituzione italiana (artt. 2, 14, 15 Cost.), già riconosciuto, in relazione a molteplici ambiti di disciplina, nella giurisprudenza di questa Corte (sentenze n. 173 del 2009, n. 372 del 2006, n. 135 del 2002, n. 81 del 1993 e n. 366 del 1991), e che incontra specifica protezione nelle varie norme europee e convenzionali evocate dal giudice rimettente. Nell'epoca attuale, esso si caratterizza particolarmente quale diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e si giova, a sua protezione, dei canoni elaborati in sede europea per valutare la legittimità della raccolta, del trattamento e della diffusione dei dati personali. Si tratta dei già ricordati principi di proporzionalità, pertinenza e non eccedenza, in virtù dei quali deroghe e limitazioni alla tutela della riservatezza di quei dati devono operare nei limiti dello stretto necessario, essendo indispensabile identificare le misure che incidano nella minor misura possibile sul diritto fondamentale, pur contribuendo al raggiungimento dei legittimi obiettivi sottesi alla raccolta e al trattamento dei dati.

Dall'altra parte, con eguale rilievo, i principi di pubblicità e trasparenza, riferiti non solo, quale corollario del principio democratico (art. 1 Cost.), a tutti gli aspetti rilevanti della vita pubblica e istituzionale, ma anche, ai sensi dell'art. 97 Cost., al buon funzionamento dell'amministrazione (sentenze n. 177 e n. 69 del 2018, n. 212 del 2017) e, per la parte che qui specificamente interessa, ai dati che essa possiede e controlla. Principi che, nella legislazione interna, tendono ormai a manifestarsi, nella loro declinazione soggettiva, nella forma di un diritto dei cittadini ad accedere ai dati in possesso della pubblica amministrazione, come del resto stabilisce l'art. 1, comma 1, del d.lgs. n. 33 del 2013. Nel diritto europeo, la medesima ispirazione ha condotto il Trattato di Lisbona a inserire il diritto di accedere ai documenti in possesso delle autorità europee tra le «Disposizioni di applicazione generale» del Trattato sul funzionamento dell'Unione, imponendo di considerare il diritto di accesso ad essi quale principio generale del diritto europeo (art. 15, paragrafo 3, primo comma, TFUE e art. 42 CDFUE).

I diritti alla riservatezza e alla trasparenza si fronteggiano soprattutto nel nuovo scenario digitale: un ambito nel quale, da un lato, i diritti personali possono essere posti in pericolo dalla indiscriminata circolazione delle informazioni, e, dall'altro, proprio la più ampia circolazione dei dati può meglio consentire a ciascuno di informarsi e comunicare.”.

Nel quadro delle regole per la protezione dei dati personali troviamo:

- il Considerando n. 4 del Reg. UE secondo cui *“Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità”*;
- l'art. 2-ter del D.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018 che stabilisce che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, par. 3, lett. b) del Reg (UE) 2016/679, *“è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento”*. Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che *“La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1”*.

Pertanto è necessario che l'Azienda, qualora dovesse pubblicare dati o documenti contenenti dati personali verificarsi che la disciplina in materia di trasparenza o altra normativa specifica ne preveda l'obbligo di pubblicazione.

L'attività di pubblicazione dei dati sul sito web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Reg (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di “responsabilizzazione” del titolare del trattamento.

Fatto salvo, in ogni caso, quanto previsto dall'art. 7 bis del D.lgs 33/2013: *“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, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione”*.

Va ricordato che, sulla materia in analisi, il RPCT è sempre supportato dal Responsabile della Protezione dei Dati – RPD, nominato dal Direttore Generale, chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del GDPR).

Il decreto n. 1/2020 adottato dal Direttore Generale della neocostituita Azienda al fine di garantirne la piena operatività fin dalla data di costituzione, ha dato disposizioni anche in merito

alla protezione e trattamento dei dati personali e all'assetto organizzativo aziendale in materia. Sono state recepite e riconfermate tutte le nomine a Direttore del trattamento dei dati (DIR-TD, già Responsabile del trattamento), riferite sia a soggetti interni alle cessate aziende che a soggetti esterni, le nomine a Incaricato del trattamento e quelle a Amministratore di sistema.

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD/Data protection officer) è stato confermato nella persona di Graziano de' Petris.

Sezione 3

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina è definita nell’Atto Aziendale adottato con Decreto del Direttore Generale n. 454 del 19.5.2022; la rappresentazione della stessa, fino al livello delle strutture complesse e semplici dipartimentali, è illustrata nell’organigramma Allegato n. 4 del presente Piano. L’Atto aziendale è pubblicato sul sito istituzionale dell’ASUGI nella sezione Amministrazione trasparente / Disposizioni generali / Atti generali / Atti amministrativi generali)

Gli Organi Istituzionali

Secondo la normativa vigente, sono organi istituzionali dell’Azienda:

- il Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale;
- l’Organo di Indirizzo;
- il Collegio di Direzione.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è l’organo responsabile della gestione complessiva dell’Azienda, di cui è il legale rappresentante, ne assicura il regolare funzionamento, rispondendo alla Regione del proprio mandato nell’ambito della programmazione regionale e degli indirizzi espressi dagli organismi di riferimento istituzionale. È nominato dal Presidente della Regione, d’intesa con il Rettore dell’Università degli Studi di Trieste, secondo le disposizioni previste dalla normativa vigente.

La Direzione Strategica

La Direzione Strategica è composta:

- dal Direttore Generale,

- dal Direttore Sanitario,
- dal Direttore Amministrativo,
- dal Direttore dei Servizi Sociosanitari.

La Direzione Strategica è la sede di governo dell’Azienda, in quanto definisce le strategie e le politiche aziendali sulla base delle indicazioni della pianificazione regionale e ne controlla la realizzazione, assolve alle funzioni di indirizzo e controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento di obiettivi prefissati. Garantisce, inoltre, le interrelazioni necessarie per il perseguimento dei fini aziendali con gli organi dell’Azienda (Collegio di Direzione, Collegio Sindacale ed Organo di Indirizzo), gli organismi aziendali (Consiglio dei Sanitari e Organismo Indipendente di Valutazione) e con le istituzioni.

Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo ed il Direttore dei Servizi Sociosanitari sono nominati dal Direttore Generale secondo le disposizioni previste dalla normativa vigente; coadiuvano il Direttore Generale nell’esercizio delle funzioni che gli sono attribuite, e concorrono al governo dell’Azienda.

L’assetto Organizzativo Generale

Le Strutture Aziendali e i livelli di responsabilità

L’Azienda adotta un modello organizzativo a matrice, che prevede strutture dipartimentali che aggregano strutture complesse e semplici e piattaforme e aree assistenziali o tecnico-assistenziali, che coordinano e adeguano piani di lavoro e attività con i programmi integrati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

L’organizzazione dell’Azienda prevede l’articolazione in:

- 23 Dipartimenti (Assistenziali, ad Attività Integrata D.A.I. e Tecnico-Amministrativi)
- 113 Strutture Complesse (S.C. e U.C.O.)
- 23 Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.)
- Strutture Semplici (S.S.)
- Aree Assistenziali o Tecnico Assistenziali delle Professioni Sanitarie
- Dipartimenti interaziendali
- Responsabile di processo.

I Dipartimenti Assistenziali e ad Attività Integrata

Il Dipartimento è una Struttura Complessa con autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, nell’ambito della programmazione aziendale. Sovraordinata alla Struttura Complessa (S.C.) o Semplice Dipartimentale (S.S.D.) rispetto agli aspetti gestionali; aggrega più strutture omogenee, affini o complementari che, pur mantenendo la loro

autonomia, indipendenza e responsabilità, attraverso l'integrazione funzionale e organizzativa delle risorse complessivamente assegnate, sono orientate a perseguire obiettivi comuni assegnati dalla Direzione Strategica nel corso del processo di budget.

Il Dipartimento rappresenta, quindi, attraverso l'esercizio dei differenti ruoli e delle relative responsabilità in esso ricomprese, lo strumento prioritario per il perseguimento degli obiettivi di governo clinico, la verifica ed il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie.

Ha quindi lo scopo di coordinare e sviluppare le attività cliniche, assistenziali, didattiche e di ricerca scientifica, tecnico-amministrative delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici di Dipartimento costituendo la struttura di raccordo di competenze e qualità professionali che individuano regole comuni al fine di omogeneizzare ed armonizzare i comportamenti professionali, i processi produttivi e l'organizzazione, al fine di garantire equità di trattamento dei cittadini.

I Dipartimenti aggregano strutture di linea che assicurano servizi coordinati dalle rispettive Direzioni, al fine di ottimizzare risorse, processi, contenere i costi e garantire, secondo criteri di unitarietà, il coordinamento, l'indirizzo e il controllo delle strutture complesse che li costituiscono.

I Dipartimenti possono essere:

- di I livello strutturali quando aggregano più Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali;
- di II livello strutturali quando sono sovraordinati a più Dipartimenti o Aree Dipartimentali a loro volta articolate in più Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali
- funzionali quando aggregano più Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali anche appartenenti a Dipartimenti strutturali differenti per il raggiungimento di specifici obiettivi.

Le Strutture Complesse

Le Strutture Complesse (S.C.) sono articolazioni organizzative che possono afferire all'area sanitaria, professionale, tecnica o amministrativa; sono dotate di responsabilità di budget, ad esse è attribuita la responsabilità della gestione di risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie ed esercitano funzioni di gestione e produzione di prestazioni o servizi, individuati dalla programmazione regionale o aziendale, assicurano la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi assegnati, nel rispetto degli indirizzi aziendali.

Operano in autonomia per le specifiche competenze in campo clinico e assistenziale, didattico, scientifico, gestionale ed organizzativo, coerentemente al modello dipartimentale e all'organizzazione per piattaforme ed aree assistenziali e tecnico-assistenziali.

Le Strutture Semplici Dipartimentali

Le Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.) sono articolazioni organizzative del Dipartimento, dotate di responsabilità di budget, ad esse è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate. La S.S.D. può anche afferire direttamente alla componente della Direzione Strategica di riferimento.

Le S.S.D. dell'area sanitaria possono essere a direzione universitaria o ospedaliera.

Le Strutture Semplici

Le Strutture Semplici (SS) sono articolazioni organizzative della S.C. che assicurano attività riconducibili a una linea di attività chiaramente individuabile e di alta specializzazione; sono strutture autonome professionalmente alle quali il Direttore della S.C. assegna la responsabilità della specifica linea di attività, individuando gli spazi, la tecnologia e le risorse umane a ciò deputate.

Le strutture semplici sono individuate con separato atto di organizzazione, in coerenza con le vigenti disposizioni regionali in materia e con il modello organizzativo aziendale, garantendo comunque per l'ambito sanitario il rispetto del rapporto fra S.C. e SS – S.S.D. laddove previsto dalle citate disposizioni regionali.

Il Processo

È una articolazione organizzativa trasversale che assicura una unitaria programmazione, organizzazione e valutazione delle attività nel relativo ambito di applicazione.

I Dipartimenti Interaziendali

Si tratta di articolazioni che aggregano funzionalmente S.C., S.S.D. e S.S. appartenenti a diverse Aziende/Enti del SSN e la loro individuazione viene effettuata, ed eventualmente modificata, in base alle esigenze organizzative delle Aziende coinvolte; i Dipartimenti interaziendali sono istituiti sulla base di specifici accordi con altre Aziende della Regione o extra Regionali.

Il Distretto

Il Distretto rappresenta l'articolazione territoriale aziendale che di norma coincide con l'ambito del Servizio Sociale dei Comuni. Assume un ruolo di riferimento diretto degli Enti locali e della società

civile per quanto attiene il proprio territorio di competenza, assicurando il raccordo con gli Ambiti dei Servizi Sociali dei Comuni e realizzando modelli di integrazione sociosanitaria in base alle intese di programma ed alla legislazione regionale vigente, nonché attraverso strumenti di programmazione quali il Piano di Zona (PdZ) e il Programma delle Attività Territoriali (PAT).

Alla dimensione territoriale del Distretto è associata la dimensione organizzativa mediante l'istituzione di una Struttura Complessa dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget all'interno del bilancio dell'Azienda.

Detta struttura è deputata:

- all'analisi e alla valutazione dei bisogni di salute della popolazione per intensità e complessità e al governo della domanda, concorrendo alle funzioni di committenza e controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie esercitate in maniera integrata all'interno del Dipartimento di Assistenza Distrettuale e di ciascuna delle due Aree di cui il Dipartimento si compone;
- a realizzare la presa in carico degli assistiti e la sanità di iniziativa, sia con riferimento ai casi complessi e alla fragilità, sia per tutti i fattori di rischio e le patologie che necessitano di interventi di prevenzione, di cura o di riabilitazione;
- a garantire l'erogazione delle funzioni di cure intermedie e di assistenza domiciliare;
- ad assicurare il raccordo con tutte le strutture erogatrici, ospedaliere e territoriali (ivi incluse le altre strutture afferenti al Dipartimento di Assistenza Distrettuale), pubbliche o private accreditate o convenzionate;
- a sperimentare interventi innovativi di prossimità (anche attraverso lo strumento delle microaree), presa in carico e personalizzazione delle cure, con particolare riferimento all'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali e allo sviluppo della telemedicina, al fine di favorire un approccio integrato alla cura del paziente, nonché di misurare e valutare l'assistenza prestata;
- a svolgere attività formative e di ricerca, anche in ambito organizzativo.

Assicura:

- a) l'accesso del cittadino ai percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso un punto unico distrettuale (PUA), la valutazione dei bisogni sanitari e/o socio sanitari e la conseguente presa in carico;
- b) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, nelle strutture territoriali e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ospedalieri, territoriali e della prevenzione;
- c) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture ospedaliere e territoriali che erogano prestazioni sanitarie e socio sanitarie;
- d) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni.

Le funzioni che afferiscono alla Struttura Complessa distrettuale possono, quindi, essere raggruppate nelle macro aree sotto riportate:

- integrazione sociosanitaria
- committenza
- controllo
- presa in carico ed erogazione di cure domiciliari, residenziali o semiresidenziali
- gestione amministrativa delle attività distrettuali.

Ogni Distretto concorre alle funzioni di committenza, controllo e produzione attraverso l'integrazione delle funzioni garantite dall'insieme delle Strutture afferenti al Dipartimento di Assistenza Distrettuale e all'interno di ciascuna Area dipartimentale in cui tale Dipartimento è articolato.

Le funzioni di presa in carico e di integrazione sono assicurate da ogni Distretto anche tramite:

- Assistenza sanitaria di base
- Assistenza integrativa
- Assistenza protesica
- Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale.

In seno al Distretto si realizzano le modalità organizzative e operative nonché i processi ed i percorsi di cura e di assistenza sulla base della stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico. Trovano pertanto progressiva realizzazione, in applicazione della programmazione nazionale e regionale, e afferiscono ai rispettivi Distretti, in stretta integrazione e coordinamento all'interno delle due Aree dipartimentali in cui si articola il Dipartimento di Assistenza Distrettuale:

- le Case della Comunità,
- la figura professionale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (con particolare riferimento all'ambito delle microaree),
- le Unità Speciali di Continuità Assistenziale,
- le Centrali Operative Territoriali (anche in relazione con la Centrale Operativa Regionale 116117),
- gli Ospedali di Comunità.

Le strutture distrettuali, in sintonia e coerenza con il mandato ed i compiti di integrazione del Distretto, sono di regola unità multiprofessionali, al fine di promuovere la cultura dell'interdisciplinarietà, il lavoro di gruppo per una più efficace risposta ai bisogni complessi.

Per determinare una efficace presa in carico integrata delle persone con bisogni complessi, il Distretto garantisce una valutazione multidimensionale effettuata in Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), la definizione di progetti individualizzati, la valutazione sistematica degli interventi.

L'UVM assolve anche alle funzioni valutative per la predisposizione dei piani personalizzati ("elaborazione del progetto di vita") dell'Equipe Multidisciplinare dell'Handicap (EMH) di cui all'art. 8 della LR 41/1996, mediante il coinvolgimento, nella trattazione dei singoli casi, delle specifiche figure professionali che compongono l'EMH.

Compete alla SC Distretto il coordinamento delle valutazioni in UVM per tutta la popolazione di riferimento, ivi incluse quelle riferite ai momenti valutativi e diagnostici di primo livello delle sindromi dementigene, in integrazione con le figure professionali afferenti ad altre strutture e dipartimenti.

In particolare:

- le funzioni di area Adulti Anziani e di area Cure Intermedie, oltre a quelle relative alle disabilità, sono garantite in ogni Distretto; la loro gestione integrata interdistrettuale si realizza in seno al Dipartimento di Assistenza Distrettuale, nell'ambito di ciascuna specifica Area dipartimentale;
- le funzioni relative all'area Minori e Famiglia afferiscono al Dipartimento di Assistenza Distrettuale e sono articolate nell'ambito di ciascuna specifica Area dipartimentale; i relativi momenti erogativi e di presa in carico sono garantiti, in maniera integrata con le funzioni garantite dalle strutture distrettuali, dalle strutture dedicate alla salute della donna, dell'età evolutiva e della famiglia e da quelle dedicate ai disturbi del neurosviluppo e della psicopatologia dell'età evolutiva.

Compete alla SC Distretto il governo della continuità clinico-assistenziale nei momenti di dimissione da ricovero per acuti, intesa quale valutazione dell'accogliibilità nel setting territoriale più appropriato a fronte della dimissibilità espressa dalla struttura di ricovero e come conseguente presa in carico integrata delle persone con bisogni complessi. Tale responsabilità è coordinata e integrata nell'ambito del Dipartimento di Assistenza Distrettuale.

Il Direttore del Distretto supporta la Direzione Generale nei rapporti con i Sindaci dell'Ambito di riferimento, partecipando all'Assemblea dei Sindaci; è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, dei programmi definiti congiuntamente con il Direttore Sanitario ed il Direttore dei Servizi Sociosanitari in coerenza con gli indirizzi strategici della Direzione aziendale. È responsabile in modo autonomo della gestione delle risorse assegnate per il perseguimento delle funzioni del Distretto, della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo alla Direzione strategica della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Il Dipartimento Assistenza Distrettuale

Il Dipartimento di Assistenza Distrettuale (DAD) è la Struttura organizzativa finalizzata ad assicurare l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali promuovendo l'integrazione sociosanitaria attraverso la definizione di percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali. Il Dipartimento di Assistenza Distrettuale concorre a garantire su tutto il territorio di competenza dei Distretti di cui si compone, attraverso l'insieme di strutture e di funzioni ad esso afferenti, i Livelli Essenziali di Assistenza riferiti all'assistenza distrettuale.

Il Dipartimento si articola in due Aree di Assistenza Primaria, una per il territorio isontino (Distretti Alto e Basso Isontino), l'altra per il territorio giuliano (Distretti Trieste 1 e Trieste 2). Ciascuna Area dipartimentale, dotata di autonomia funzionale e gestionale e gestita da un Responsabile, ricomprende le Strutture Complesse Distrettuali di cui all'art. 41, nonché quelle dedicate:

- alla salute della donna, dell'età evolutiva e della famiglia (funzioni consultoriali);
- ai disturbi del neurosviluppo e alla psicopatologia dell'età evolutiva (che, in riferimento alla transizione per la presa in carico progressiva nella fascia d'età 18-21 anni, garantisce anche il raccordo rispettivamente con le funzioni di competenza del DDSM o con la funzione del DAD dedicata alle disabilità cognitive e intellettive dell'adulto);
- alla rete di cure palliative e hospice.

All'interno di ogni singola Area dipartimentale si realizzano:

- l'integrazione tra le funzioni distrettuali e quelle dedicate alla riabilitazione territoriale e alle disabilità motorie e neurosensoriali, afferenti ad altro Dipartimento strutturale;
- l'integrazione per la gestione coordinata delle Case della Comunità, delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale, delle Centrali Operative Territoriali, degli Ospedali di Comunità e delle altre Strutture intermedie;
- l'integrazione tra le funzioni clinico-assistenziali territoriali di pertinenza dei Distretti e delle altre Strutture afferenti al DAD e quelle di pertinenza del Dipartimento Specialistico Territoriale nonché dei Dipartimenti ospedalieri.

All'interno di ciascuna Area dipartimentale è garantita anche la funzione di sanità penitenziaria, afferente ai Distretti nel cui territorio insista una Casa circondariale.

All'interno del DAD e all'interno di ciascuna Area territoriale in cui tale Dipartimento è organizzato viene garantita l'integrazione delle funzioni di committenza, controllo e produzione assicurata dall'insieme delle Strutture afferenti.

Vengono altresì garantiti l'accesso unitario ai servizi sociosanitari, la presa in carico delle persone e la valutazione multidisciplinare dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, assicurando uniformità su tutto il territorio di ASUGI, relativamente alle modalità, procedure e strumenti di valutazione multidimensionali con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia (Progetto di Assistenza Individuale).

All'interno del DAD si realizzano inoltre l'integrazione e il coordinamento al fine di garantire su tutto il territorio aziendale l'univocità delle funzioni relative alle seguenti aree:

- adulti anziani,
- minori e famiglia,
- cure intermedie,
- cure palliative e hospice,

la cui erogazione avviene in più sedi distrettuali.

In ossequio alle previsioni di cui all'art. 18 della LR 22/2019, commi 1 e 2, nei territori dei comuni sedi di presidio ospedaliero sono assicurate anche le seguenti funzioni ed attività:

Trieste:

- sedi distrettuali dei Distretti Trieste 1 e Trieste 2;
- case della comunità;
- COT;
- strutture di assistenza intermedia riconducibili al setting della postacuzie;
- ospedali di comunità.

Gorizia:

- sede distrettuale del Distretto Alto Isontino;
- casa della comunità;
- COT;
- struttura di assistenza intermedia riconducibili al setting della postacuzie;
- ospedale di comunità.

Monfalcone:

- sede distrettuale del Distretto Basso Isontino;
- casa della comunità;
- COT;
- struttura di assistenza intermedia riconducibili al setting della postacuzie;
- ospedale di comunità.

Presso le sedi distrettuali di Cormons e di Grado, oltre all'attività di assistenza ambulatoriale in seno alle Case della Comunità, sono previste le seguenti funzioni ed attività di cui all'art. 20 della citata LR 22/2019:

Cormons:

- struttura di assistenza intermedia riconducibile al setting della postacuzie;
- ospedale di comunità.

Grado:

- struttura di assistenza intermedia riconducibile al setting della postacuzie;
- struttura di riabilitazione funzionale.

L'incarico del Direttore del DAD è conferito dal Direttore Generale ad un Direttore di una delle Strutture Complesse incardinate nel Dipartimento e Responsabile di Area.

Il Dipartimento Specialistico Territoriale

Il Dipartimento Specialistico Territoriale è la Struttura clinica dell'Azienda finalizzata ad assicurare la presa in carico multiprofessionale dei pazienti pluripatologici ed alla produzione delle prestazioni specialistiche territoriali nelle discipline di sua pertinenza, contribuendo anche alle relative attività di prevenzione e di promozione della salute.

Coordina le strutture che svolgono attività territoriali che rispondono alle esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione dei più frequenti bisogni di salute del territorio di riferimento, sulla base dei dati epidemiologici, delle malattie croniche ad alto impatto socio sanitario:

- cardiologiche
- pneumologiche
- diabetologiche (in stretta relazione funzionale anche con la SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico)
- nefrologiche (garantendo sul territorio isontino anche le prestazioni dialitiche).

Garantisce un'attività multidisciplinare fortemente integrata con le attività distrettuali e con il ruolo clinico dei MMG e dei PLS, con particolare riguardo alle condizioni di complessità e comorbidità secondo l'approccio metodologico definito dall'Extended Chronic Care Model che non si limita alla sola applicazione dei PDTA per singola patologia.

Assicura inoltre le funzioni di medicina dello sport di cui al DPCM del 17 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*, allegato 1 (tabella F: *“Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale”*, programma/attività F5: *“Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica”*), assolvendo alle funzioni che la DGR n. 1965 del 23 dicembre 2021, allegato 1, prevede in capo al Dipartimento di Prevenzione.

Opera, sia in ambito clinico-assistenziale che di ricerca, in stretta relazione funzionale con il Dipartimento di Assistenza Distrettuale e con il Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale attraverso il Dipartimento di Assistenza Territoriale di cui all'art. 46 e in stretta connessione con tutti i Distretti aziendali, i MMG e i PLS, gli specialisti e gli altri professionisti convenzionati, le Strutture Ospedaliere e il Dipartimento di Prevenzione. Il suo intervento si espleta a livello ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

Il Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale (DDSM)

Il Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale (DDSM) è costituito dalle strutture aziendali deputate alla prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno nel campo delle dipendenze patologiche e nel campo del disagio e disturbo mentale.

Il DDSM è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed organizzativa in stretta relazione funzionale con il Dipartimento di Assistenza Distrettuale e con il Dipartimento Specialistico Territoriale attraverso il Dipartimento di Assistenza Territoriale. Opera con metodo multidisciplinare, al fine di prevenire e contrastare fenomeni di esclusione sociale e di promuovere e sviluppare politiche sociosanitarie orientate verso il lavoro di comunità, la tutela e l'accompagnamento delle persone più fragili, l'offerta di reali possibilità di autonomizzazione e di contrasto alla marginalità, la

promozione dei processi di inserimento lavorativo e di sostegno abitativo e domiciliare, con particolare attenzione alle persone a maggior rischio di deriva sociale. Promuove la partecipazione attiva e responsabile alle attività del Dipartimento da parte dei cittadini, ed in particolare di utenti e di familiari.

Il suo intervento si espleta a livello ambulatoriale, territoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale e di strada.

Le funzioni del DDSM sono organizzate in due aree professionali autonome: l'Area delle Dipendenze e l'Area della Salute Mentale. Ciascuna Area dipartimentale è dotata di autonomia funzionale e gestionale ed è gestita da un Responsabile d'Area. All'interno dell'Area della Salute Mentale afferisce il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e sono organizzati i Centri di Salute Mentale (sulla base della domanda in 24 o in 12 ore) in applicazione della vigente programmazione regionale (DGR n. 1965 del 23 dicembre 2021); trovano altresì realizzazione le funzioni inerenti i Disturbi del Comportamento Alimentare, quelle inerenti la REMS e quelle di raccordo con le funzioni relative ai Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva (con particolare riferimento alla transizione per la presa in carico progressiva nella fascia d'età 18-21 anni), afferenti al DAD. All'interno dell'Area delle Dipendenze trovano realizzazione le funzioni inerenti le dipendenze da sostanze illegali, da sostanze legali e da ogni altra forma di dipendenza (come il gioco d'azzardo patologico); trova altresì realizzazione la specifica funzione dedicata ai comportamenti e alle dipendenze giovanili.

Il Dipartimento Assistenza Territoriale

Il Dipartimento funzionale di Assistenza Territoriale (DAT) coordina il complesso di funzioni e di processi clinico-assistenziali e di presa in carico del DAD, del DST e del DDSM, i quali afferiscono funzionalmente al DAT stesso.

Il DAT garantisce il raccordo tra il DAD e:

- il Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale, per assicurare alle persone da questo prese in carico la continuità assistenziale verso gli altri servizi,
- il Dipartimento Specialistico Territoriale, per la continuità della cura alle persone affette dalle più diffuse patologie croniche,
- il Dipartimento di Prevenzione, in relazione ai servizi alla persona e alla promozione della salute,
- i Presidi Ospedalieri, per garantire la continuità assistenziale tra territorio e ospedale e tra ospedale e territorio in maniera coordinata e integrata secondo quanto previsto all'art. 41.

Il Dipartimento Di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione (DIP) dell’Azienda garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere i fattori di rischio, le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana e animale; è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed organizzativa.

Il Dipartimento di Prevenzione è organizzato secondo le seguenti aree di intervento:

- igiene e sanità pubblica;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- accertamenti clinici e legali per finalità pubbliche;
- sanità animale;
- igiene degli alimenti di origine animale;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- valutazione dei fattori ambientali in collaborazione con ARPA.

In seno all’area di igiene e sanità pubblica vengono svolte anche le funzioni aziendali di epidemiologia, ivi incluse quelle che concorrono ai sistemi di sorveglianza di popolazione.

Le Strutture Ospedaliere

L’Assistenza Ospedaliera è assicurata in forma unitaria nel territorio di competenza dell’Azienda dai Presidi Ospedalieri che sono strutture deputate ad erogare:

- a) l’assistenza sanitaria alla persona affetta da patologia a insorgenza acuta con rilevante compromissione funzionale;
- b) l’assistenza sanitaria attraverso attività programmabili nell’ambito di un contesto tecnologicamente e organizzativamente complesso.

I Presidi Ospedalieri della ASUGI sono i seguenti:

- Presidio Ospedaliero di II livello “Cattinara e Maggiore” di Trieste
- Presidio Ospedaliero di base di “Gorizia e Monfalcone”.

Ciascun Presidio Ospedaliero è una Struttura operativa dell’Azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l’attribuzione di specifico budget all’interno del bilancio dell’Azienda.

I Presidi Ospedalieri erogano prestazioni specialistiche di Pronto soccorso, di Ricovero, Ambulatoriali e di Ospedalizzazione domiciliare. L'attività specialistica può essere erogata anche nelle sedi Distrettuali attraverso personale medico dipendente o convenzionato (specialisti ambulatoriali interni).

L'assistenza ospedaliera è organizzata secondo il modello "hub & spoke" al fine di favorire la progressiva specializzazione delle attività. Le funzioni "hub & spoke" sono individuate in base:

- alla specializzazione,
- ai livelli di complessità,
- alla differenziazione dell'offerta sanitaria, in relazione all'appropriatezza clinica ed organizzativa.

L'organizzazione Dipartimentale, ad attività integrata quando sono presenti strutture a direzione universitaria, che aggrega le strutture di uno o più Presidi Ospedalieri a seconda delle specialità, assicura la omogeneità nell'accesso alle cure, l'appropriata utilizzazione delle risorse, la possibilità di condividere competenze professionali e informazioni cliniche, la definizione di percorsi assistenziali secondo criteri di evidenza clinica, il monitoraggio delle attività erogate.

Le Strutture di ogni singolo Presidio assicurano la funzione di produzione del Presidio stesso.

Alla Direzione Medica di Presidio (DMO) è assegnata responsabilità igienico organizzativa degli Ospedali nonché la funzione di supporto alle attività affidate ai Dipartimenti ed alle Strutture, afferenti al Presidio.

Strutture Professionali, Tecniche, Amministrative

Le Strutture Professionali, Tecniche, Amministrative dell'Azienda gestiscono, per quanto di competenza, i processi di supporto al funzionamento dell'Azienda. Si integrano, fornendo le proprie competenze, con i processi di erogazione delle prestazioni, supportando i processi di pianificazione strategica, programmazione operativa, budgeting, controllo di gestione e valutazione. Rappresentano lo strumento mediante il quale vengono acquisite le risorse umane, informative, finanziarie, patrimoniali e materiali necessarie al funzionamento dell'Azienda.

Le conoscenze, le competenze professionali, l'uso della tecnologia sono rivolte a garantire la correttezza e l'incisività dell'azione amministrativa come supporto ai processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali. La formazione del personale è orientata al miglioramento continuo dei processi e al pieno utilizzo delle innovazioni tecnologiche, informatiche e gestionali come strumento per conseguire la semplificazione dei procedimenti amministrativi. L'organizzazione, le procedure e le modalità di lavoro sono orientate ai principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità ed è garantita attraverso un'azione coordinata ed integrata con le altre Strutture Aziendali.

La rappresentazione della struttura organizzativa aziendale sin qui descritta è contenuta nell'Organigramma, Allegato n. 5 del presente Piano.

Le Responsabilità e le Competenze

Le Competenze dei Responsabili di Struttura

L'Azienda persegue l'obiettivo di una reale affermazione della dirigenza, nel governo delle attività cliniche e nel governo delle attività economico-finanziarie, attraverso il coinvolgimento, la valorizzazione, la responsabilizzazione ed il riconoscimento dell'autonomia gestionale e tecnico professionale.

Tutti gli atti e i provvedimenti, non specificamente riservati e/o attribuiti al Direttore Generale, sono di competenza dei Dirigenti, che li adottano nei limiti previsti e per il raggiungimento degli obiettivi di budget loro assegnati, nel rispetto delle direttive emanate in materia.

I dirigenti responsabili di struttura, nei limiti della competenza attribuita, provvedono all'adozione di atti amministrativi ed atti di diritto privato che impegnano l'Azienda verso l'esterno. Gli atti posti in essere dai dirigenti per lo svolgimento delle attività di diritto pubblico e la sottoscrizione degli atti e la corrispondenza di riferimento a valenza esterna e interna sono normati da specifici regolamenti aziendali. Il Direttore Generale, qualora ravvisi, negli atti emanati dai Dirigenti, pregiudizio alla legalità, imparzialità o al buon andamento dell'Azienda ovvero la non corretta gestione delle risorse assegnate nel budget, sentito il Dirigente che ha adottato l'atto o il provvedimento, annulla gli atti illegittimi nonché revoca i provvedimenti in contrasto con i principi di buon andamento e di corretta gestione delle risorse.

Gli Incarichi Dirigenziali

Compete al Direttore Generale attribuire gli incarichi dirigenziali, classificati secondo la normativa ed i contratti collettivi nazionali nel tempo vigenti. Le modalità di attribuzione, i criteri di graduazione e la valorizzazione economica degli incarichi sono stabiliti con Regolamenti Aziendali ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa e dalla contrattazione collettiva nazionale.

Incarichi del Personale del Comparto

Il personale sanitario, tecnico ed amministrativo del Comparto è destinatario delle tipologie di incarico stabilite dai CCNL.

L'Azienda definisce con atti regolamentari le funzioni correlate agli incarichi a contenuto gestionale o professionale, in coerenza con l'organizzazione aziendale, e procede alla conseguente ricognizione degli incarichi professionali da prevedere per il funzionamento aziendale. Negli atti regolamentari sono definiti i criteri generali per la graduazione degli incarichi, nonché per l'assegnazione delle stesse e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità del risultato, nell'ambito della disponibilità dei fondi contrattuali, nel rispetto delle norme contenute nella legislazione vigente e nei contratti collettivi di lavoro (si veda quanto precisato all'Allegato 3, punto 3.1).

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

La L. 22.5.2017, n. 81, all'articolo 18, definisce il lavoro agile come una

“modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.” La finalità dell'utilizzo del lavoro agile consiste nell' *“incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro”*.

Successivamente, con la Direttiva n. 3 del 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri, contenente regole inerenti l'organizzazione del lavoro agile, viene data attuazione alle disposizioni legislative.

A partire da febbraio 2020, a seguito del diffondersi dell'epidemia Covid-19 del Coronavirus, sono stati emanati una serie di provvedimenti per semplificare l'accesso allo Smart Working e diffonderne al massimo l'utilizzo nella PA. In particolare era previsto l'accesso in modalità semplificata, senza la necessità del previo accordo individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale, un tanto in stretto collegamento con il perdurare dello stato emergenziale legato alla pandemia allora in corso.

A seguito della cessazione dello stato emergenziale, a partire da marzo 2022 (DL 221/2021) la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella PA torna ad essere quella in presenza. Si torna, pertanto, al regime previgente all'epidemia pandemica, disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, in base al quale il lavoro agile deve essere regolato dalla stipula dell'accordo individuale e ed è possibile esclusivamente laddove non pregiudichi o riduca la fruizione dei servizi da parte dei cittadini. Nel contempo viene prevista la possibilità di svolgimento dell'attività in modalità agile semplificata (priva di accordo) per i soggetti in condizione di fragilità.

Ad oggi, le previsioni “agevolate” per i soggetti fragili non sono più in vigore, nelle pubbliche amministrazioni, dal 1.1.2024, ma, in base alla Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 29.12.2023 è consentito “ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti

conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza”.

Con particolare riferimento, inoltre, al personale del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale, il lavoro a distanza (agile e da remoto) è stato disciplinato dal CCNL 2.11.2022 (triennio 2019-2021).

Per quanto riguarda l'ASUGI, va rilevato che nel periodo dell'emergenza sanitaria legata al COVID, al fine di attivare le misure necessarie per contrastare la diffusione dell'epidemia sanitaria, è stata avviata la sperimentazione del lavoro agile, prendendo come punto di riferimento il regolamento dell'ex ASUITS (relativo al telelavoro domiciliare), ed estendendolo anche ad altre figure sanitarie e dirigenziali, compatibilmente con una valutazione sulla effettiva fattibilità dell'attività da remoto. Nel periodo pandemico sono stati attivati quasi 400 rapporti in lavoro agile, pari al 6,5 % del personale complessivo dell'ASUGI, e con percentuali di presenza variabili tra il 10 e il 90%, tutti mediante sottoscrizione di accordo individuale.

L'accesso al lavoro agile avveniva, su base consensuale e volontaria, mediante la sottoscrizione di un accordo stipulato in forma scritta tra il dipendente e il direttore/dirigente responsabile della struttura di appartenenza; al dipendente veniva inoltre consegnata l'informativa sulla sicurezza. Erano potenzialmente legittimati a fruire del lavoro agile i dipendenti di ASUGI, sia del comparto che della dirigenza, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato o determinato, con un'attività che veniva valutata come svolgibile da remoto.

Nell'Accordo Individuale venivano specificati i contenuti della prestazione, le modalità di svolgimento, la percentuale di lavoro agile, il monitoraggio periodico da realizzare attraverso la stesura di un Report mensile da sottoporre a validazione da parte del Dirigente Responsabile.

Dopo il primo anno di smart working emergenziale è stato chiesto ai direttori/ dirigenti che gestivano personale in smart working di esprimersi, individuando:

- L'elenco delle attività eseguibili da remoto, implementando o limitando le attività già in svolgimento;
- Gli eventuali punti di forza / debolezza riscontrati
- Le modalità di monitoraggio / controllo dell'attività svolta.

Al termine della fase emergenziale, in ottemperanza alle norme al tempo vigenti, l'attività in lavoro agile è stata via via ridotta per consentire un graduale rientro del personale.

In ogni caso, vista anche la disciplina dettata dal CCNL del comparto, si è provveduto, a partire da gennaio 2023, ad emettere nuove circolari sul tema e ad adeguare i contenuti degli accordi da sottoscrivere tra i dipendenti e l'Azienda.

Nel 2023 è stata data la possibilità al personale che ne ha fatto richiesta, previa valutazione dei Responsabili in merito alla idoneità delle mansioni svolte allo svolgimento in modalità agile, di attivare un rapporto di lavoro agile. Gli accordi avevano una durata semestrale e in ogni caso è richiesto che la prestazione sia svolta per la maggior parte del tempo in presenza (di norma 3 giornate su 5).

In data 21/6/2024, con Decreto del Direttore Generale n. 480, è stato adottato il Regolamento sull'utilizzo del lavoro a distanza (personale del Comparto).

Il Regolamento disciplina sia l'utilizzo del lavoro agile che del lavoro da remoto individuando i destinatari e i casi di priorità nell'accesso alle due tipologie di lavoro a distanza, le condizioni per l'attivazione degli accordi, le modalità di esecuzione della prestazione, la durata, il monitoraggio degli obiettivi e i casi di recesso o decadenza. Permane l'obbligo di garantire la maggiore presenza rispetto all'assenza, di norma su base settimanale.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Il contesto di riferimento

La manovra del personale 2025 si colloca nel contesto delineato dalle "Linee annuali per la gestione del S.S.R. anno 2025", adottate in via definitiva con D.G.R. n. 2052 del 31.12.2024, le quali forniscono gli indirizzi per la programmazione regionale ai sensi dell'articolo 47 della LR 22/2019, stabilendo le linee di azione e organizzazione prioritarie del Sistema Sanitario Regionale, pur non esaustive delle attività e dei servizi da garantirsi in adempimento della normativa statale e regionale e per assicurare i livelli essenziali di assistenza, nonché ogni altra attività e funzione finanziata dal bilancio regionale, indicando le priorità che la Regione pone nella sua funzione direzionale.

Scenario strategico

Anche nella gestione delle risorse umane l'Azienda intende concentrarsi in particolare sulle seguenti linee strategiche fondamentali:

- riordino dei servizi sociosanitari in materia di disabilità, nell'ambito degli adempimenti introdotti dalla L.R. 14 novembre 2022, n. 16;
- contenimento dei tempi di attesa e recupero delle liste d'attesa, di cui alla D.G.R. 21/2025 e nell'ambito della L.R. 22/2019.

Peraltro, l'assolvimento delle suddette linee programmatiche e, più in generale, delle attività e dei servizi che devono essere garantiti in adempimento della normativa statale e regionale, con particolare riferimento al mantenimento dei L.E.A., dovrà necessariamente essere temperato con il rispetto dei vincoli disposti dalle citate Linee per la gestione.

La programmazione complessiva del personale dipendente

Tenendo presente i fabbisogni di personale correlati alle attività sanitarie di carattere ordinario e accertato il rispetto dei vincoli di spesa, nella manovra 2025 viene programmato in primis il mantenimento dei contingenti di personale programmati al 31.12.2024, con riferimento alla dotazione formalizzata nel Piano Triennale approvato da ultimo con Decreto n. 963 dd. 04.12.2024. Pertanto, si prevede in primis la copertura dei posti ancora vacanti sui quali non è stato possibile realizzare le assunzioni nel corso del 2024, compresa quindi la sostituzione delle cessazioni avvenute nel medesimo anno e le marginali azioni di incremento previste.

In secondo luogo, si prevede la sostituzione delle uscite di personale a vario titolo che si registreranno nel 2025, naturalmente salvo riorganizzazioni qualitative funzionali all'organizzazione e funzionalità dei servizi e necessarie per il rispetto dei vincoli.

Viene infine programmata una limitata manovra di incremento quantitativo rispetto al precedente P.T.F.P., in ogni caso rispettosa del vincolo di spesa di cui alla D.G.R. 2052.

In alcuni casi, la manovra assunzionale dovrà tener conto dell'esigenza di sostituzione di personale assente a qualsiasi titolo, per lungo periodo, considerando che sovente tali situazioni mettono in seria difficoltà i servizi sanitari coinvolti, rischiando di compromettere la puntuale risposta ai bisogni dell'utenza e le liste d'attesa.

In generale, l'Azienda ha stilato una capillare analisi delle dotazioni organiche per singola struttura, ricavandone i contingenti di personale al momento necessari per il corretto funzionamento dei servizi, che verranno realizzati per quanto compatibili con i vincoli di spesa, in applicazione dei monitoraggi che verranno realizzati in corso d'anno.

I costi del personale

Si rileva che le "Linee annuali per la gestione del S.S.R. anno 2025" di cui alla D.G.R. 2052, hanno ridefinito il tetto di spesa assegnato all'A.S.U.G.I., incrementando l'importo precedentemente stabilito con DGR 1446 del 04.10.2024 nella misura corrispondente agli intervenuti rinnovi contrattuali della Dirigenza dell'Area Sanità e della Dirigenza delle Funzioni Locali, nonché all'incremento dei fondi contrattuali ai sensi dell'art. 1 c. 435 L. 205/2017; pertanto il vincolo è ora fissato in € 351.329.677,30.

A seguito dell'applicazione dei criteri individuati nell'ambito delle Linee per la gestione e successive indicazioni regionali in materia, si evidenzia in proiezione il pieno rispetto del tetto di spesa sopra richiamato, come evidenziato nelle tabelle di monitoraggio allegate al Piano Attuativo 2025.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

Con Decreto n. 963 dd. 04.12.2024, è stata approvata l'ultima versione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2024 – 2026, di cui agli artt. 6 e 6-ter del D.Lgs. 165/2001 s.m.e.i., in

relazione a modalità e criteri definiti con l'allora vigente D.G.R. n. 48 del 19.01.2024 recante "Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024", nonché tenendo conto della modifica al vincolo di spesa disposta dalla D.G.R. n. 1446/2024.

Nell'ambito della Manovra del Personale di cui al Piano Attuativo 2025 si rende necessario pervenire all'approvazione del nuovo P.T.F.P. per le annualità 2025-27, nel rispetto dei vincoli di spesa diramati con le Linee per la Gestione del corrente anno ed in applicazione delle necessità dell'Azienda in termini di sostituzione del personale in cessazione nell'anno in corso, di stabilizzazione del personale precario rientrante nel fabbisogno a regime, nonché di assunzioni aggiuntive indispensabili al funzionamento dei servizi sanitari, sociosanitari e di supporto ed al mantenimento dei L.E.A.

Detta programmazione porta ad un piano che prevede una stima di chiusura del 2025 a complessive 6.407 unità di personale dipendente, come da tabelle analitiche del Piano Triennale, allegate al Piano Attuativo 2025.

La dotazione rappresentata in tale sede potrà essere oggetto di revisione quali-quantitativa, in relazione alle esigenze dei servizi ed alle dinamiche del personale in entrata e in uscita, fermo restando il rispetto dei vincoli nel tempo vigenti.

Le tabelle di riepilogo del Piano dei Fabbisogni del Personale aziendale sono contenute nell'Allegato n. 8 del presente Piano.

La Formazione

Premessa

L'Azienda promuove la Formazione quale leva strategica nella gestione del personale e strumento fondamentale per la valorizzazione del proprio capitale intellettuale, in linea con quanto previsto sia dalle norme ordinamentali nazionali (D.Lgs 165/2001, D.Lgs 502/92, Contratti Nazionali di lavoro delle diverse aree contrattuali che sono presenti in Azienda), regionali (L.R. n.27 dd. 17.12.2018) e direttive aziendali. La formazione aziendale assume una funzione fondamentale che si esplica nella lettura dei fabbisogni formativi e nella loro concretizzazione in progetti di formazione con l'obiettivo di implementare processi di apprendimento e sviluppo delle competenze dei professionisti tesi al miglioramento degli outcomes gestionali e clinico-assistenziali, in coerenza con le strategie aziendali.

Formazione strategica 2025

Le linee annuali per la gestione del S.S.R anno 2025 qualificano tra le iniziative formative prioritarie dei Provider ECM gli eventi formativi in tema di:

Formazione sulle infezioni ospedaliere

Le progettualità formative in tema di Infezioni Ospedaliere sono previste dal PNRR - Missione 6 – Componente 2 Sub Investimento 2.2 (b) ed inserite nel Piano della Formazione Regionale. Per la Regione FVG è prevista la formazione di un target di 7537 dipendenti per gli anni 2023-2026. Il target definito per ASUGI è stabilito in 2396 dipendenti afferenti alle strutture ospedaliere. Al 31/12/2024 è stato raggiunto il primo target di formati definito per ASUGI in 1272 dipendenti.

In aderenza alle indicazioni regionali, la formazione sulle tematiche delle infezioni ospedaliere rientra nella formazione obbligatoria del personale sanitario e degli operatori socio sanitari afferenti alle strutture ospedaliere. Il percorso formativo di 14 ore complessive è strutturato in:

- MODULO A – Modulo FAD di 6 ore, propedeutico alla partecipazione al corso residenziale Modulo B e C. Il percorso FAD Regionale fornisce gli elementi base per l'inquadramento del problema e le diverse misure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere.
- MODULO B e C - Formazione residenziale in presenza che comprende il Modulo B di approfondimento pratico di 4 ore (suddiviso in 3 aree specifiche: area medica, area chirurgica e area dei servizi), che si propone di favorire l'acquisizione di abilità pratiche rispetto alle conoscenze apprese nel modulo teorico A e il Modulo C di 4 ore sul programma locale di contrasto alle infezioni ospedaliere, mirato all'approfondimento dei processi di prevenzione e controllo delle infezioni nei diversi setting assistenziali (area medica, area chirurgica, terapie intensive, pronto soccorso etc.)

Per il 2025 sono state programmate, tenuto conto del primo target numerico già raggiunto nel 2024, 4 edizioni FAD – Modulo A e 20 edizioni del corso residenziale Modulo B e C.

- Sarà previsto un ulteriore modulo specialistico (MODULO D) riservato agli operatori del CC-ICA (igienisti, clinici, farmacisti, infection nurse, laboratoristi).

Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario- Piano Operativo sul Fascicolo Sanitario Elettronico

L'investimento 1.3.1 della Missione 6 Componente 2 del PNRR è finalizzato al potenziamento del fascicolo sanitario elettronico (FSE 2.0) al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari.

In linea con quanto definito nel Piano della Formazione Regionale 2024 sono state erogate in ASUGI:

- 4 eventi residenziali dal titolo “Il fascicolo Sanitario Elettronico 2.0”, dedicate ai medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali.
- 2 eventi residenziali dal titolo “Fascicolo Sanitario Elettronico: il razionale FSE 2.0, Privacy e Informativa” dedicati ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta

Nel 2025 saranno implementate in particolare le iniziative formative dedicate ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Il programma formativo sarà sviluppato in modalità blended, alternando lezioni teoriche ad attività di tutoraggio sul campo centrata sulle modalità di implementazione e consultazione dei dati e al razionale di utilizzo del FSE.

Saranno inoltre attivati percorsi formativi regionali in modalità FAD sul “Razionale FSE 2.0” dedicati ai medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali, MMG e PLS e ai professionisti coinvolti nel processo di produzione del “Patient Summary” e un modulo FAD dedicato ai MMG e PLS sulla “Firma Digitale”.

Formazione manageriale e formazione specialistica, tecnico amministrativa

Le linee di gestione 2025 inseriscono tra le linee formative prioritarie anche l’investimento 2.2 della Missione 6 Componente 2 del PNRR “corso di formazione manageriale”. La Direzione Centrale Salute ha individuato il Provider dell’Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute quale soggetto erogatore dei corsi di formazione manageriale e della formazione specialistica tecnico amministrativa. Nel 2025 proseguiranno le iniziative formative già attivate nel 2024 finalizzate al raggiungimento del target di professionisti da formare entro marzo 2026.

Saranno attivate in particolare le seguenti iniziative formative:

- corso per direttori di struttura complessa di area sanitaria
- corsi *refresh* per i direttori in possesso del certificato manageriale

Nell’ottica di favorire l’acquisizione di competenze manageriali utili alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali e delle innovazioni digitali e tecnologiche, si intende favorire la partecipazione dei professionisti individuati ai percorsi formativi che saranno attivati da ARCS.

Percorso formativo regionale dedicato all’Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

Con la finalità di disporre di Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) e implementare quanto previsto nella Missione C1 del PNRR, proseguiranno anche nel 2025 i percorsi formativi finalizzati all’acquisizione delle specifiche competenze definite nelle linee di indirizzo dell’IFoC. I professionisti individuati tenuto conto dell’esperienza maturata in ambito territoriale, parteciperanno ai percorsi formativi che saranno attivati da ARCS in collaborazione con gli altri Provider ECM del SSR.

Percorsi formativi nell’ambito del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2024-2028

I percorsi formativi del Piano strategico regionale saranno formalizzati nel Piano della Formazione regionale 2025 e saranno declinati in funzione agli obiettivi formativi collegati alle diverse fasi – intrapandemica, di allerta, pandemica – e ai diversi livelli di responsabilità (regionale – aziendale).

Conoscenza e utilizzo dell'Health Technology Assessment (HTA)

Con DGR n. 1301/2024 La Regione FVG ha avviato il programma di formazione di base previsto dal Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici che ha come obiettivo la formazione di 2 operatori al corso pilota promosso da Agenas e la formazione di 42 operatori al corso regionale. ASUGI intende favorire la partecipazione dei professionisti che saranno individuati al percorso formativo regionale.

Rischio clinico, Qualità e Accreditamento

Nell'ambito della sicurezza del paziente, nel 2025 proseguirà la formazione dedicata ai link professional e verrà organizzata la formazione (corso base) per il personale neoassunto e per il personale delle strutture residenziali per non autosufficienti.

Nell'ottica del miglioramento continuo, e in previsione della prossima visita di accreditamento all'eccellenza (che avrà luogo alla fine del 2026) verranno pianificati dei corsi di orientamento per la leadership e i team leader.

Formazione specialistica e trasversale del personale del ruolo tecnico, professionale ed amministrativo

Nel corso del 2025, l'Azienda, oltre ad assicurare i percorsi formativi di ambito più prettamente specialistico in relazione al fabbisogno rilevato da ogni struttura dell'area professionale, tecnica ed amministrativa, intende perseguire un progetto di formazione trasversale di elevato livello su due tematiche, distinte ma correlate nelle finalità

- a) Lean thinking e ottimizzazione dei processi
- b) Project Management

Gli obiettivi del corso su Lean Thinking e ottimizzazione dei processi sono rappresentati, una volta appresa la conoscenza della metodologia e dei principali strumenti di lavoro, dall'acquisizione da parte del personale di capacità di identificare correttamente i processi e i loro scopi, di mappare i processi aziendali con diversi metodi di rappresentazione, di individuare i punti di miglioramento, di analizzare la causa radice di inefficienza, ipotizzando, schematizzando e mettendo in pratica i processi rivisti e migliorati.

Gli obiettivi del corso sul Project Management sono rappresentati dalla comprensione dei principi e delle pratiche del PM secondo gli standard PM-BOK e ISO 21500, consentendo quindi al personale

di applicare tali conoscenze nella pianificazione, esecuzione, monitoraggio e controllo dei progetti, nonché nella gestione delle risorse e dei rischi.

Sezione 4

MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio relativo alla sezione “Valore pubblico” e “Performance”

La realizzazione degli obiettivi della performance è soggetta a monitoraggio periodico al fine di misurare lo stato di avanzamento delle diverse progettualità e porre in essere gli eventuali interventi correttivi.

Il monitoraggio del “Piano attuativo e Bilancio preventivo” e da rendersi nei confronti della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità e, ai sensi dell’art. 57 della LR 22/2019, prevede dei report trimestrali da approvare entro il 31/5, 31/7 e 31/10.

Il monitoraggio del Progetto Complessivo Aziendale di solito coincide con un monitoraggio intermedio che da esito nella nuova formalizzazione dell’assegnazione degli obiettivi alle strutture quale esito delle verifiche effettuato

Gli esiti del processo di valutazione confluiscono nella Relazione sulla performance, che fornirà anche elementi valutativi utili all’avvio del nuovo ciclo.

4.2 Monitoraggio relativo alla sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”

Il processo di gestione del rischio si conclude e completa con l’attività di monitoraggio, diretta a verificare l’attuazione e l’efficacia della strategia di prevenzione definita nel Piano e delle relative misure.

Concorrono a garantire l’azione di monitoraggio, oltre al RPCT, i Responsabili delle articolazioni aziendali (con il supporto dei Referenti), limitatamente alle strutture ricomprese nell’area di rispettiva pertinenza, l’OIV nell’ambito dei propri compiti di vigilanza.

I Responsabili delle articolazioni aziendali, anche con il supporto dei Referenti, verificano, con cadenza almeno annuale, l’effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e l’attuazione delle ulteriori misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al Responsabile della prevenzione alla fine di ogni anno di ogni anno.

Per garantire l’efficace attuazione e l’adeguatezza del Piano e delle relative misure viene previsto un processo di monitoraggio e aggiornamento sull’efficacia del Piano e delle misure anticorruzione adottate, effettuato dal RPCT col coinvolgimento dei medesimi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio che vi concorrono.

Il monitoraggio è volto ad acquisire dati quantitativi, informazioni, valutazioni e proposte motivate di modifica/integrazione utili ai fini dell'aggiornamento dei piani e delle attività cui si riferiscono e quindi alla prevenzione del rischio a livello aziendale.

Nell'anno in corso, come avvenuto anche nelle precedenti annualità, l'Ufficio di supporto del RPCT ha svolto e svolge un monitoraggio quadrimestrale dello stato di attuazione degli adempimenti in materia di trasparenza, che viene trasmesso prima al RPCT e quindi a tutte le strutture coinvolte, ed un monitoraggio almeno semestrale relativo agli adempimenti in tema di prevenzione della corruzione.

Il monitoraggio e lo stato di attuazione annuale di quanto previsto nel Piano diventa parte integrante del Piano del triennio successivo.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari, dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva e le segnalazioni pervenute dall'URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio).

Gli adempimenti previsti nel PIAO 2025-2027 saranno declinati in specifici obiettivi annuali assegnati ai Responsabili delle Strutture aziendali nell'ambito del processo di budget.

Il riepilogo e il cronoprogramma degli adempimenti previsti dal Piano, in attuazione anche di quanto previsto dalla legge 190/2012, è contenuto nell'Allegato 7 del presente Piano .

4.3 Monitoraggio relativo alla sezione “Organizzazione e capitale umano”

Ai sensi del DM del 24.6.2022 relativo al Piano Integrato di Attività e Organizzazione, il monitoraggio della coerenza con obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'OIV.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 12/06/2025 14:56:57

IMPRONTA: 88F756DF2D0C3C11B9A2FEC2085EC3846AB59905047595DF82C249A513136BA7
6AB59905047595DF82C249A513136BA713691DAB997FBEEED4D54F55591B45AE7
13691DAB997FBEEED4D54F55591B45AE79A965ACE68CFC125C8BAF6FFD525165E
9A965ACE68CFC125C8BAF6FFD525165E901EB3600A6CCF9CCB196E383FDEF851

NOME: GIULIO ANTONINI

CODICE FISCALE: NTNGLI66S23L736J

DATA FIRMA: 12/06/2025 15:04:55

IMPRONTA: 12554B83684F2F2F540808C7520069A71EFC47013491D0F5055E7BC303B72BB
1EFC47013491D0F5055E7BC303B72BBDECCE5AF776F2D13950A21B7000ACBE0A
ECCE5AF776F2D13950A21B7000ACBE0A9F4A824DACC054925DF3222EC54B6832
9F4A824DACC054925DF3222EC54B68327EFCFBB43DC1720C9B32D5DC6D444591

NOME: DANIELE PITTIONI

CODICE FISCALE: PTTDNL61R10L483B

DATA FIRMA: 12/06/2025 15:16:59

IMPRONTA: 123D20514ECD33EFC4E9519700CC7661B59A7B10EC3A48D4AFB177AE800E75EC
B59A7B10EC3A48D4AFB177AE800E75EC8D0BA83C6C6E72B962556A7963F61CDE
8D0BA83C6C6E72B962556A7963F61CDE33678D052F985CEE77D9D5BB949FDF06
33678D052F985CEE77D9D5BB949FDF06368D5FB0B10A7457C9503F76937996BF

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 12/06/2025 15:30:35

IMPRONTA: 784952F5C89E4997EAED144B7BED9EC85F418AE0B56341EAD34D6E6919BB02B8
5F418AE0B56341EAD34D6E6919BB02B859E4909BFE0FC04BEBDB598BB9573CA
59E4909BFE0FC04BEBDB598BB9573CA93D9A0EF07723B68D11738CC252A093F
93D9A0EF07723B68D11738CC252A093F0EF807EC486FBD6CBF67DA5F0DB95685