



Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Giuliano Isontina

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2023-2025

Adozione preliminare

PREMESSA	3
SEZIONE 1	7
SCHEDA 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	11
Vision aziendale	13
2.2 PERFORMANCE	15
Programmazione degli obiettivi aziendali	15
IL CICLO DELLA PERFORMANCE	15
• DEFINIZIONE ED ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI RELATIVAMENTE AD OGNI AMBITO DELLA PERFORMANCE	15
> La Performance organizzativa	19
> La Performance Individuale	20
> Gli obiettivi di rilevanza strategica aziendale	21
> Gli obiettivi di rilevanza strategica regionale	21
• IL PROCESSO DI MISURAZIONE E DI VALUTAZIONE IN CIASCUN AMBITO DELLA PERFORMANCE	22
› Processo di valutazione della performance organizzativa	23
› Processo di valutazione della performance individuale	23
› Processo di valutazione degli obiettivi di rilevanza strategica aziendale	24
› Processo di valutazione degli obiettivi di rilevanza strategica regionale	24
Informatizzazione del ciclo della performance	25
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	26
2.3.1 CONTESTO ESTERNO ED INTERNO	26
SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	35
2.3.2 LA MAPPATURA DEI PROCESSI, L'IDENTIFICAZIONE E LA VALUTAZIONE DEI RISCHI	42
2.3.3 MISURE DI PREVENZIONE E DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO	53
2.3.4 TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO	54
SEZIONE 3	61
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	61
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	61
Gli Organi Istituzionali	61
Il Direttore Generale	61
La Direzione Strategica	61

L'assetto Organizzativo Generale	62
Le Strutture Aziendali e i livelli di responsabilità	62
I Dipartimenti Assistenziali e ad Attività Integrata	62
Le Strutture Complesse	63
Le Strutture Semplici Dipartimentali	64
Le Strutture Semplici	64
Il Processo	64
I Dipartimenti Interaziendali	64
Il Distretto	65
Il Dipartimento Assistenza Distrettuale	67
Il Dipartimento Specialistico Territoriale	70
Il Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale (DDSM)	70
Il Dipartimento Assistenza Territoriale	71
Il Dipartimento Di Prevenzione	72
Le Strutture Ospedaliere	72
Strutture Professionali, Tecniche, Amministrative	73
Le Responsabilità e le Competenze	74
Le Competenze dei Responsabili di Struttura	74
Gli Incarichi Dirigenziali	74
Incarichi del Personale del Comparto	75
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	75
Premessa	75
Lo stato di attuazione in ASUGI	77
Ulteriore sviluppo del lavoro agile	80
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	80
LA FORMAZIONE	82
SEZIONE 4	87
MONITORAGGIO	87
4.1 Monitoraggio relativo alla sezione “Valore pubblico” e “Performance”	87
4.2 Monitoraggio relativo alla sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”	87
4.3 Monitoraggio relativo alla sezione “Organizzazione e capitale umano”	88
ALLEGATO 1 – MAPPATURA DEI PROCESSI E VALUTAZIONE DEI RISCHI ANNO 2022	
ALLEGATO 2 – 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	
ALLEGATO 5 – ORGANIGRAMMA ASUGI	
ALLEGATO 6 – MONITORAGGIO DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO ANNO 2022	
ALLEGATO 7 – RIEPILOGO MISURE E ADEMPIMENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	

Premessa

Risulta innanzitutto necessario fornire alcune precisazioni in merito al quadro normativo in cui si inserisce il presente Piano Organizzativo di Attività e Organizzazione.

In primo luogo si ricorda che l'adozione del 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.

In data 17.1.2023, con delibera ANAC n.7 è stato adottato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022 e, al fine di concedere alle amministrazioni un periodo congruo, oltre il 31 gennaio, per dare attuazione sostanziale e non meramente formale alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023, il Consiglio dell'ANAC ha stabilito di differire al 31 marzo 2023 il termine del 31 gennaio previsto per l'approvazione del PIAO, tenuto anche conto del parere espresso dalla Conferenza Unificata sul punto (vedasi Comunicato del Presidente dell'ANAC del 17.1.2023).

Inoltre, in data 14.2.2013, con L. n. 14 è stato convertito il D.L. 198/2022, cd. Milleproroghe, che, all'art. 10, comma 11-bis, prevede che "Per l'anno 2023 i termini previsti dall'art. 6, comma 1, del D.L. 9.6.2021, n. 80 [...] sono differiti al 31 marzo 2023".

Rimane fermo, infine, 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 2023, sulla base delle indicazioni fornite alla Aziende da parte dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, le tempistiche di approvazione degli atti di programmazione vanno ricondotte ai tempi definiti dalla LR 22/2019 ricalcolati a partire dalla data di approvazione definitiva delle linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale, con le quali vengono identificati gli obiettivi per l'anno 2023, i vincoli gestionali e le risorse

disponibili. Poiché le Linee per la Gestione del SSR 2023 sono state adottate con Delibera di Giunta Regionale n. 480 del 17 marzo 2023, la proposta di Piano attuativo dovrà essere approvata e trasmessa all'ARCS entro il 17 aprile 2023 e l'approvazione definitiva dovrà avvenire entro il 17 maggio 2023.

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 degli investimenti e l'elenco annuale che definiscono gli investimenti da effettuare e le relative modalità 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 2021-2023.

Poiché, quindi, sulla base delle indicazioni regionali, le tempistiche di adozione del bilancio preventivo aziendale sono successive al 31 marzo 2023, l'ASUGI provvede, in questa fase, alla predisposizione e all'adozione preliminare del PIAO, limitatamente alle sezioni o parti di esse che non siano direttamente collegate con quanto sarà definito nel bilancio e nel Piano attuativo.

L'ASUGI si riserva di adottare il PIAO in via completa e definitiva entro 30 giorni dalla data di adozione del bilancio preventivo.

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, Compensorio 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 211,8 kmq e 229.740 abitanti rilevati al 31.12.2020. 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 467,1 kmq e 136.809 abitanti rilevati al 31.12.2020. 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

In questa fase si ritiene opportuno fornire una descrizione della mission, della vision e dei valori aziendali, così come definiti dall'Atto Aziendale ASUGI, rinviando la descrizione degli obiettivi generali e specifici e delle strategie per la creazione di Valore Pubblico alla successiva adozione definitiva del PIAO.

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.

2.2 PERFORMANCE

Programmazione degli obiettivi aziendali

La programmazione degli obiettivi aziendali sarà integrata in fase di adozione definitiva del PIAO nei termini previsti dal DM 132/2022, a seguito dell'adozione del Bilancio preventivo e del Piano Attuativo aziendale.

IL CICLO DELLA 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 Locale (PAL) 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;

Oltre gli strumenti sopra elencati ASUGI dispone di altre due leve di valorizzazione economica della performance legata al perseguimento di obiettivi strategici di rilevanza aziendale e di obiettivi strategici di rilevanza regionale; questi ultimi sono condizionati dalla presenza di uno specifico atto d'intesa Regionale per l'attribuzione e l'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali (RAR) da parte degli enti del SSR.

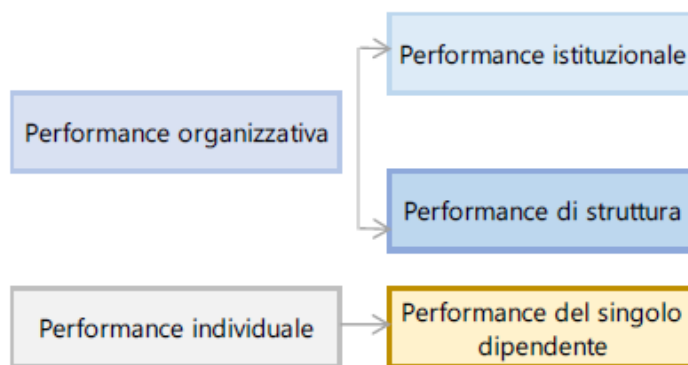
In sintesi, gli ambiti di valutazione della performance in ASUGI sono i seguenti:

- performance organizzativa (complessiva aziendale e di singola unità organizzativa)
- performance individuale
- obiettivi strategici di rilevanza aziendale
- obiettivi strategici di rilevanza regionale (Risorse Aggiuntive Regionali)

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 dell'ARCS 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:

1. Il Direttore Generale
2. I Direttori Amministrativo, Sanitario e Socio - sanitario

3. Servizi di Staff (Programmazione e Controllo di Gestione)
4. i Responsabili dei Centri di responsabilità (Centri di attività e Centri di risorsa)
5. 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 Programmazione e Controllo di Gestione 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.

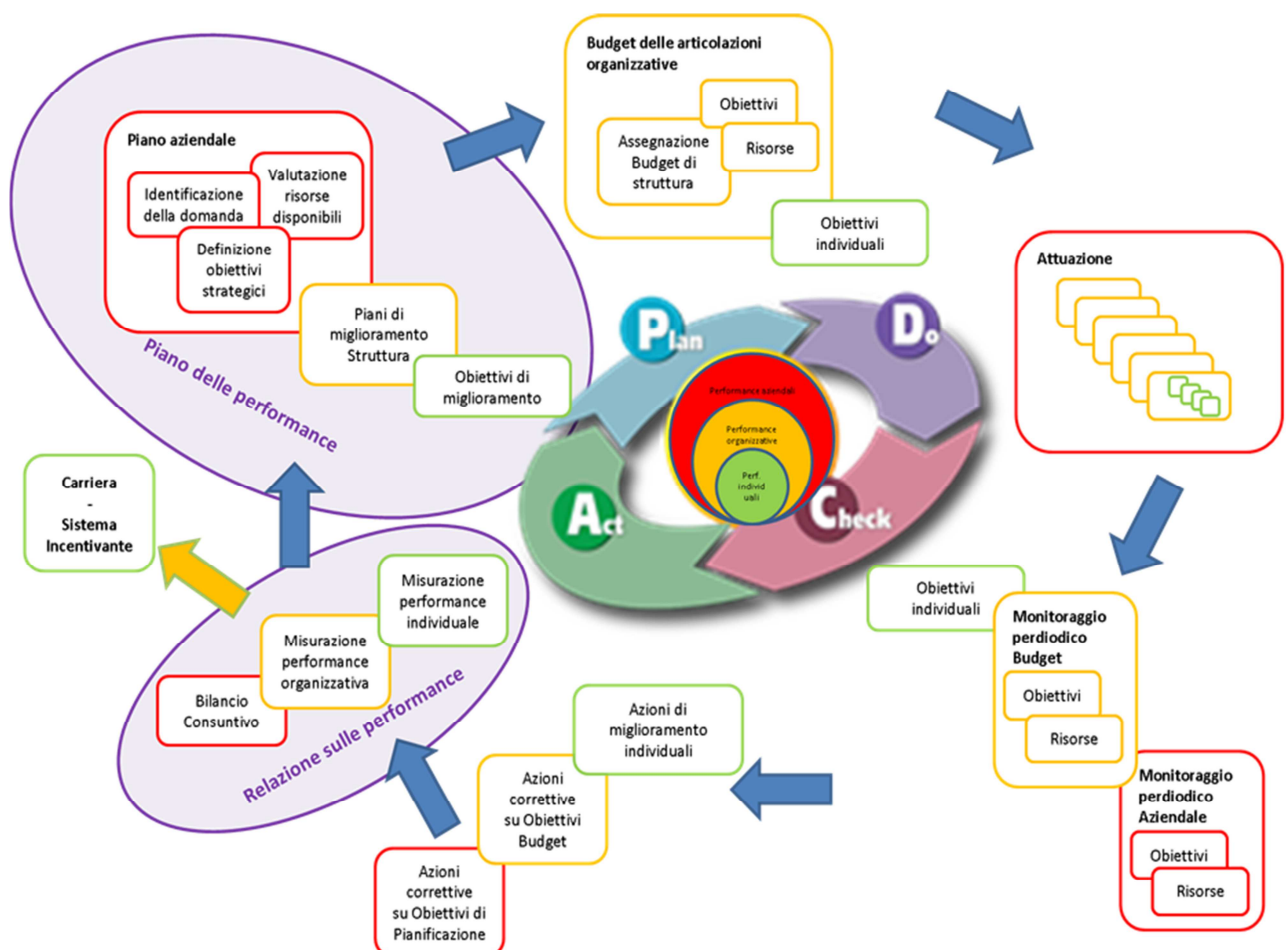
I Centri di Risorsa: sono unità organizzative cui compete il perseguimento efficace ed efficiente dei processi di acquisizione, amministrazione, sviluppo e dismissione dei fattori produttivi. Essi forniscono i pareri richiesti in sede di negoziazione e monitoraggio degli obiettivi e sono tenuti a rispettare 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.

La figura riportata nella pagina seguente sintetizza i punti salienti del Ciclo delle Performance aziendale secondo la consueta rappresentazione dei processi di programmazione, attuazione e controllo (il ciclo di Deming “Plan – Do – Check - Act”). In essa sono facilmente distinguibili, in base ad un codice colore, i tre diversi livelli del ciclo, caratterizzati dalla medesima strutturazione dei processi, seppur con tempi, livelli di dettaglio e grado di formalizzazione diversi.

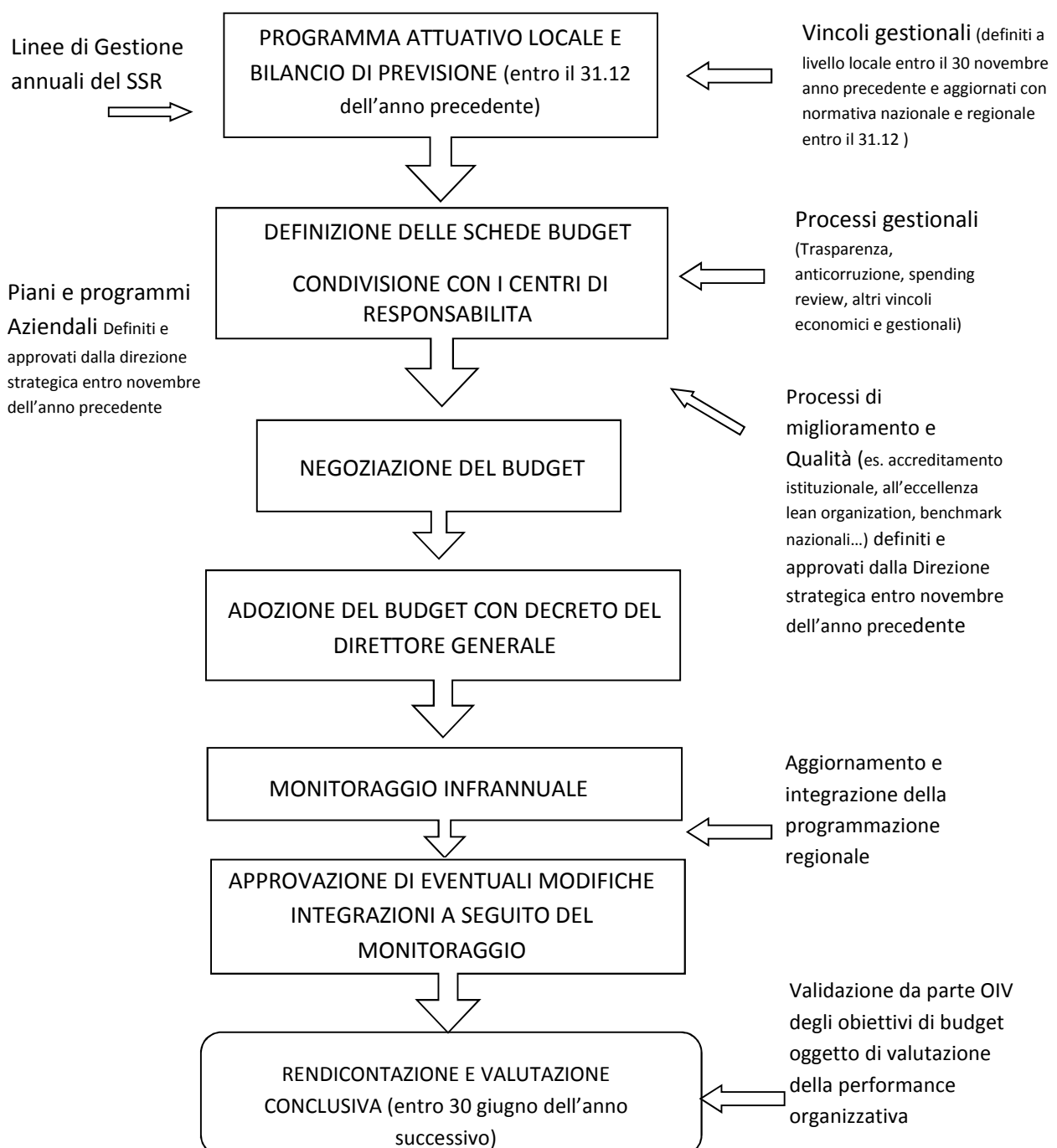
La trasparenza dei procedimenti, degli atti e della documentazione di supporto è pienamente assicurata: per ogni fase dei singoli processi, vengono rendicontati i risultati raggiunti agli organi ed organismi di controllo interno, agli enti sovraordinati ed agli stakeholder esterni, sia mediante i canali 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, di cui si riportano di seguito le fasi del processo:



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.

> **Gli obiettivi di rilevanza strategica aziendale**

Gli obiettivi di rilevanza strategica aziendale (obiettivi finanziati con il cosiddetto "fondo criticità") possono essere individuali o di equipe e vengono identificati direttamente dal Direttore Generale Sanitario Amministrativo Sociosanitario con apposita lettera di assegnazione. Tali obiettivi possono essere identificati per lo svolgimento di attività/progetti di rilevanza strategica o per far fronte a situazioni di criticità ed esigenze impreviste.

Nella loro formulazione devono essere indicati: la descrizione dell'obiettivo/progetto, l'indicatore di verifica, il risultato atteso e la relativa modalità di rendicontazione, la valorizzazione economica, l'eventuale impegno orario richiesto, il personale coinvolto e il valutatore/responsabile del progetto.

La quota di fondo del Direttore Generale destinata agli obiettivi di rilevanza strategica aziendale è definita negli accordi sindacali delle varie aree contrattuali.

> **Gli obiettivi di rilevanza strategica regionale**

Gli obiettivi di rilevanza strategica regionale (obiettivi finanziati con Risorse Aggiuntive Regionali) si rifanno alle regole ed alle priorità d'intervento previste nell'intesa regionale per l'assegnazione annuale agli enti SSR delle risorse aggiuntive regionali (RAR). Essi sono finalizzati a premiare progettualità ulteriori e coerenti con la programmazione regionale nonché a valorizzare le professionalità impegnate nella gestione assistenziale. Tali obiettivi vengono declinati all'interno

di un'apposita scheda di progetto che esplicita: la struttura coinvolta, l'area tematica di riferimento, la descrizione dell'obiettivo, l'indicatore di verifica, il risultato atteso e la relativa modalità di rendicontazione, la valorizzazione economica, l'impegno orario aggiuntivo richiesto, il personale coinvolto ed il valutatore/responsabile del progetto.

Gli obiettivi sono identificati con la metodologia aziendale per l'individuazione degli obiettivi di budget; i criteri di valutazione devono garantire la selettività e l'effettivo carattere incentivante e tenere conto dell'apporto partecipativo e qualitativo dei professionisti coinvolti nei progetti.

• 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 Gestione 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 nei Regolamenti in essere nelle due aree territoriali (giuliana e isontina).

La valutazione individuale è responsabilità del valutatore il quale ha l'obbligo di effettuare la valutazione del proprio personale rispettando i termini previsti dall'Azienda, con riguardo sia ai risultati individuali che alla valutazione comportamentale. La valutazione annuale del personale avviene secondo un percorso trasparente ed imparziale che assicuri al dipendente la conoscenza del percorso valutativo e gli elementi oggetto di valutazione.

Nel caso in cui, in corso d'anno, il valutato presti la propria attività lavorativa presso due o più strutture, la valutazione verrà effettuata diversamente per la parte isontina e per la parte giuliana:

- per parte isontina dal Responsabile dell'ultima Struttura e/o dal Titolare di Posizione Organizzativa di assegnazione, sentito il parere del precedente Responsabile

- per parte giuliana saranno fatte tante valutazioni quanti sono i reparti di assegnazione nel corso dell'anno. In caso di necessità di un'unica valutazione, viene fatta la media delle singole schede

Nel caso in cui la responsabilità di una struttura sia stata assegnata a diversi soggetti, il valutato sarà soggetto alla valutazione del Responsabile che dirige la Struttura al momento della valutazione, sentito il parere del precedente Responsabile.

Il valutatore nel realizzare le valutazioni dovrà operare in modo tale da assicurare una significativa differenziazione dei giudizi.

All'OIV è assegnato il compito di verificare, a livello aziendale, il rispetto di tale differenziazione.

› **Processo di valutazione degli obiettivi di rilevanza strategica aziendale**

La Struttura Programmazione e Controllo di Gestione è deputata alla raccolta delle evidenze documentali, e all'elaborazione dei dati attestanti il livello di raggiungimento degli obiettivi di rilevanza strategica aziendale (obiettivi finanziati con il Fondo "criticità").

La valutazione, sulla base delle istruttorie prodotte, viene svolta a consuntivo, di norma, entro i primi mesi dell'anno successivo, da parte del Direttore competente che li ha assegnati (Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario) in qualità di valutatore di prima istanza. Tale valutazione viene successivamente verificata e validata dall'OIV entro il 30 giugno dell'anno successivo, nell'ambito dei compiti previsti dal Decreto Lgs 150/09 e s.m.i

› **Processo di valutazione degli obiettivi di rilevanza strategica regionale**

In analogia al percorso seguito per la casistica di cui al paragrafo precedente, la Struttura Controllo di Gestione è deputata alla raccolta delle evidenze documentali, e all'elaborazione dei dati attestanti il livello di raggiungimento degli obiettivi di rilevanza strategica regionale finanziati con le Risorse aggiuntive regionali (RAR).

La valutazione delle rendicontazioni presentate a consuntivo viene svolta, di norma, entro i primi mesi dell'anno successivo, dai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo e dei Servizi Socio Sanitari, ognuno per la propria competenza, ovvero da altri soggetti specificatamente identificati in sede attribuzione dell'obiettivo (valutatore di prima istanza). Tale valutazione deve essere successivamente validata dall'OIV entro il 30 giugno dell'anno successivo nell'ambito dei compiti previsti dal Decreto Lgs 150/09 e s.m.i. e dall'Intesa regionale di attribuzione delle RAR.

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.

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 2022):

PROVINCE e COMUNI	31.12.2020	31.12.2021			Var. % 21/20	Sup. kmq	Densità abitativa
	Totale	M	F	Totale			
GORIZIA	139.070	68.557	70.109	138.666	-0,3	475,4	291,7
TRIESTE	230.689	111.118	119.505	230.623	0,0	212,5	1.085,3
GORIZIA							
Capriva del Friuli	1.622	765	840	1.605	-1,0	6,3	254,0
Cormons	7.250	3.426	3.803	7.229	-0,3	35,1	206,0
Doberdò del Lago	1.340	624	687	1.311	-2,2	27,1	48,5
Dolegna del Collio	325	168	148	316	-2,8	12,9	24,5
Farra d'Isonzo	1.698	837	858	1.695	-0,2	10,3	165,3
Fogliano Redipuglia	2.977	1.430	1.551	2.981	0,1	7,9	376,2
Gorizia	34.087	16.443	17.394	33.837	-0,7	41,3	820,0
Gradisca d'Isonzo	6.373	3.011	3.335	6.346	-0,4	11,2	565,6
Grado	7.959	3.715	4.061	7.776	-2,3	119,5	65,1
Mariano del Friuli	1.475	729	735	1.464	-0,7	8,6	170,4
Medea	965	472	477	949	-1,7	7,4	129,0
Monfalcone	29.233	15.402	14.235	29.637	1,4	20,6	1.435,6
Moraro	693	349	347	696	0,4	3,6	195,2
Mossa	1.525	724	791	1.515	-0,7	6,2	244,2
Romans d'Isonzo	3.706	1.815	1.852	3.667	-1,1	15,5	236,6
Ronchi dei Legionari	11.851	5.810	5.997	11.807	-0,4	17,1	690,1
Sagrado	2.155	1.055	1.112	2.167	0,6	13,9	155,5
San Canzian d'Isonzo	6.110	2.968	3.059	6.027	-1,4	33,9	177,8
San Floriano del Collio	747	369	375	744	-0,4	10,6	70,0
San Lorenzo Isontino	1.518	765	756	1.521	0,2	4,4	345,6
San Pier d'Isonzo	1.977	1.014	971	1.985	0,4	9,0	219,9
Savogna d'Isonzo	1.740	902	821	1.723	-1,0	17,0	101,5
Staranzano	7.266	3.555	3.629	7.184	-1,1	18,8	381,8
Turriaco	2.808	1.373	1.441	2.814	0,2	5,2	543,8
Villesse	1.670	836	834	1.670	0,0	12,1	138,5
TRIESTE							
Duino-Aurisina	8.373	4.083	4.373	8.456	1,0	45,3	186,6
Monrupino	857	435	424	859	0,2	12,6	68,1
Muggia	12.966	6.260	6.665	12.925	-0,3	13,9	933,1
San Dorligo della Valle	5.832	2.924	2.862	5.786	-0,8	24,2	238,9
Sgonico	2.052	1.013	990	2.003	-2,4	31,4	63,8
Trieste	200.609	96.403	104.191	200.594	0,0	85,1	2.357,0

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.

Appare utile, pertanto, in questa sede riportare quanto emerso nella Relazione annuale (aprile 2021-marzo 2022) dell'Osservatorio Regionale Antimafia¹ in merito alla situazione della Regione Friuli Venezia Giulia in relazione al perdurare dello stato di emergenza:

“Lo stato di emergenza, tuttora in atto, ha determinato, e ancora determina, pesantissime ripercussioni sul piano socio-economico. In particolare, nonostante gli interventi governativi posti in essere, le fasce più deboli, le piccole e medie imprese, i settori della ristorazione, del commercio e del turismo devono fronteggiare eccezionali pressioni sul fronte delle disponibilità finanziarie, permanendo in uno stato di profonda crisi di liquidità. L'Osservatorio regionale antimafia continua a seguire con particolare attenzione l'evolvere della situazione, attraverso il costante monitoraggio degli aspetti di maggiore criticità suscettibili di possibili infiltrazioni della criminalità organizzata di stampo mafioso.[..]”

Il difficile momento dell'economia “emersa e lecita” apre varchi ampi e numerosi proprio a favore dei possessori di enormi risorse.[..]”

Altro aspetto preoccupante rappresentato dal Procuratore Nazionale Antimafia, nel corso di un recente incontro al quale ha partecipato anche il Presidente dell'Osservatorio regionale, riguarda la specifica infiltrazione delle mafie negli appalti pubblici sanitari, in particolare in quelli relativi alla fornitura di dispositivi di protezione e servizi accessori ospedalieri, quali la gestione dei parcheggi, la fornitura dei pasti e i servizi di pulizia.

Va, altresì, posta attenzione anche nei riguardi del fenomeno alquanto recente di infiltrazione nel circuito delle farmacie.

Deve essere tenuto costantemente sotto controllo anche il settore della gestione dei rifiuti, da tempo al centro dell'interessamento delle organizzazioni criminali, in ragione dei cospicui flussi finanziari che lo caratterizzano e dalla carenza, anche su questo territorio regionale, di impianti per lo smaltimento e lo stoccaggio.

Nel quadro generale, l'attuale situazione di crisi evidenzia ancora una volta il segmento dei rifiuti ospedalieri, reso ancor più significativo dalle attività connesse alla perdurante pandemia e quello dei rifiuti speciali, prodotti da aziende oggi in grande difficoltà economica che potrebbero essere, proprio per questo, tentate di risparmiare sui costi delle procedure di smaltimento.

E' fondamentale contrastare il rischio che la crisi in atto finisca per contribuire al consolidamento e all'espansione delle attività criminali in tali settori.[..]”.

La situazione del Friuli Venezia Giulia è stata analizzata e descritta anche nell'ultima relazione della Direzione Investigativa Antimafia (II semestre 2021)²:

¹ https://www.consiglio.regione.fvg.it/cms/export/sites/consiglio/pagine/osservatorio-regionale-antimafia/allegati/RELAZIONE2022PE_REV.pdf

² https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2022/09/Relazione_Sem_II_2021-1.pdf

“Il particolare momento storico dovuto alla crisi economica pandemica da un lato e le rilevanti risorse pubbliche destinate alla ripresa dall’altro potrebbero rappresentare anche in questa Regione una favorevole congiuntura per le organizzazioni criminali da sempre interessate a estendere i propri interessi illeciti nei territori ritenuti maggiormente “floridi”. La necessità è dunque quella di mantenere costante il livello di attenzione sui rischi di infiltrazione mafiosa soprattutto nell’economia legale.

Importante novità in seno agli strumenti di contrasto del fenomeno mafioso attraverso un’efficace attività di prevenzione è stata l’istituzione di un Osservatorio Regionale Antimafia con funzioni di monitoraggio, studio e ricerca sui fenomeni oggetto della norma istitutrice.

Del resto in tema il Procuratore della Repubblica di Trieste, ha dichiarato che “ciò che attrae maggiormente gli interessi delle consorterie mafiose sono i grandi investimenti nelle opere infrastrutturali, talune in fase di esecuzione, nonché prossime alla realizzazione, con particolare riferimento alla trasformazione del porto di Trieste, che vanta opportunità di sviluppo sia sotto il profilo infrastrutturale che riguardo alla conseguente crescita dei traffici commerciali”.

Nel tempo le investigazioni hanno messo in luce l’esistenza di proiezioni sul territorio regionale delle “mafie tradizionali” nella maggior parte dei casi orientate in attività di riciclaggio.[...]

Prescindendo dalle riviere siciliane e calabresi che rappresentano i principali luoghi di approdo di gran parte dei flussi migratori anche clandestini, non bisogna sottovalutare la peculiare posizione geografica del Friuli Venezia Giulia in qualità di strategico e privilegiato punto di accesso in Europa occidentale per quella che è nota come la “rotta balcanica” che è percorsa da stranieri che accedono illegalmente nel territorio nazionale guidati dalle organizzazioni criminali dedite all’immigrazione clandestina e alla tratta di esseri umani. I migranti rintracciati negli ultimi anni in questo ambito territoriale sono principalmente cittadini pachistani, afgani e siriani. Le evidenze investigative confermano altresì che l’illecito trasferimento di capitali attraverso i valichi confinari del Friuli Venezia Giulia rappresenta un settore di attrazione anche per le consorterie estere soprattutto albanesi.[..]”.

Per quanto riguarda il quadro economico regionale si riporta l’estratto dell’analisi della Banca d’Italia di novembre 2022³:

“Nel primo semestre del 2022 è proseguita la crescita economica in Friuli Venezia Giulia. In base all’Indicatore trimestrale dell’economia regionale (ITER) elaborato dalla Banca d’Italia, l’aumento del prodotto rispetto al corrispondente periodo del 2021 sarebbe prossimo al 6 per cento, in linea con l’andamento nazionale. Vi hanno contribuito soprattutto i risultati positivi delle costruzioni e dei servizi, mentre nell’industria l’incremento è stato più modesto. Per la seconda parte dell’anno in corso, tuttavia, le aspettative formulate dalle imprese suggeriscono un peggioramento del quadro congiunturale.

L’attività nell’industria ha risentito, più che negli altri settori, dei problemi di approvvigionamento di input produttivi e dei rincari energetici. Nel primo semestre la domanda, interna ed estera, rivolta alle imprese regionali è rimasta sostenuta ed è stata soddisfatta anche ricorrendo alle scorte. Il valore delle esportazioni è salito di quasi un terzo, in buona parte a causa del forte incremento dei prezzi. Il sondaggio autunnale della Banca d’Italia, riferito ai primi tre trimestri dell’anno in corso, conferma il rallentamento dell’attività; le attese di breve termine delle aziende sono orientate alla stabilità di ore lavorate e fatturato. I programmi

³ <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2022/2022-0028/2228-friuli.pdf>

espansivi di spesa nominale per investimenti nel 2022, formulati dalle imprese industriali alla fine dell'anno precedente, sono stati perlopiù rispettati; i piani per il 2023 appaiono tuttavia piuttosto cauti a causa dell'elevata incertezza.

Nel primo semestre del 2022 è proseguita la robusta crescita delle costruzioni, sostenuta dagli incentivi fiscali (in particolare il Superbonus) e dall'intensificazione degli scambi sul mercato immobiliare. Nei servizi i risultati sono stati molto positivi sia per i trasporti, sia per i comparti legati al turismo, che hanno beneficiato del pieno recupero delle presenze rispetto all'anno precedente la pandemia.

Secondo le valutazioni delle aziende dell'industria e dei servizi partecipanti al sondaggio della Banca d'Italia, nonostante il significativo incremento dei costi di produzione, i risultati d'esercizio del 2022 sarebbero ancora positivi per la maggior parte degli operatori. Le imprese industriali, maggiormente esposte ai rincari, hanno potuto trasferirli sui prezzi dei prodotti finali più agevolmente rispetto a quelle dei servizi. Nel contempo, diverse imprese hanno rinegoziato le forniture e migliorato l'efficienza energetica, ricorrendo anche all'autoproduzione. La tenuta della redditività ha consentito il mantenimento di disponibilità liquide ancora ampie. Nel 2022 il credito bancario alle imprese ha accelerato rispetto alla fine del 2021, sospinto dal fabbisogno per investimenti e capitale circolante, ampliandosi anche a causa dell'inflazione.

Le condizioni del mercato del lavoro hanno proseguito nel miglioramento iniziato nella seconda parte del 2021. Nel primo semestre del 2022 l'occupazione ha così superato i livelli precedenti la pandemia e la partecipazione al mercato del lavoro è aumentata. Il saldo tra assunzioni e cessazioni di rapporti di lavoro dipendente nei primi otto mesi del 2022 è stato ampiamente positivo, sebbene inferiore a quello del corrispondente periodo dell'anno precedente. Una quota significativa di attivazioni nette è tornata a interessare i contratti a tempo indeterminato. Al saldo hanno contribuito tutti i settori e, in misura più intensa, il turismo. Il ricorso agli strumenti di integrazione salariale si è ulteriormente ridotto, accompagnandosi all'espansione delle ore lavorate.

Si stima che i consumi delle famiglie risulteranno ancora in crescita nel 2022 in termini reali, ma in rallentamento a causa dei forti rincari che hanno colpito soprattutto i beni alimentari ed energetici e del peggioramento del clima di fiducia dei consumatori. Nel primo semestre del 2022, i prestiti alle famiglie hanno continuato a crescere a ritmi stabili e sostenuti, soprattutto nella componente riferita ai mutui per l'acquisto di abitazioni.

A giugno 2022 i prestiti al settore privato non finanziario hanno accelerato, in particolare quelli alle imprese. La qualità del credito è rimasta pressoché invariata. I depositi bancari di famiglie e imprese hanno rallentato in maniera piuttosto marcata. I titoli a custodia presso le banche di famiglie e imprese sono significativamente diminuiti, anche per effetto della riduzione dei corsi dei titoli azionari e obbligazionari.”

Il settore dei contratti pubblici e la disciplina derogatoria

Il settore dei contratti pubblici è stato profondamente toccato, negli ultimi anni, da modifiche e deroghe che hanno avuto un forte impatto sulla gestione dei servizi tecnico amministrativi aziendali.

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

Tra le altre riforme, il D.L. 77/2021, Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure, ha introdotto disposizioni che prorogano, il regime derogatorio temporaneo già previsto in precedenti provvedimenti – nel d.l. n. 32/2019, Misure urgenti di crescita economica e per la risoluzione di specifiche situazioni di crisi, e nel d.l. n. 76/2020, Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale – principalmente in tema di procedure di aggiudicazione di contratti pubblici sotto e sopra soglia, verifiche antimafia e protocolli di legalità, sospensione dell'esecuzione dell'opera pubblica, disciplina del Collegio consultivo tecnico, commissioni giudicatrici e consegna dei lavori ed esecuzione del contratto in via di urgenza.

Il DL 76/2020 ha introdotto, in particolare, previsioni di semplificazione per gli affidamenti dei contratti pubblici sotto e sopra soglia, anche con deroghe alla disciplina del Codice dei contratti, al fine di incentivare gli investimenti pubblici nel settore delle infrastrutture e dei servizi pubblici e al fine di far fronte alle ricadute economiche conseguenti al diffondersi dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

Va evidenziato, tuttavia, come precisato anche dall'ANAC che, nonostante le deroghe introdotte, il legislatore ha comunque fatto salve le misure di trasparenza per tutti gli atti delle procedure di affidamento semplificate.

Per gli appalti sopra soglia, è previsto che gli atti adottati siano pubblicati e aggiornati sui rispettivi siti istituzionali, nella sezione «Amministrazione trasparente» e siano quindi soggetti alla disciplina sia del d.lgs. n. 33/2013 sia dell'art. 29 del d.lgs. n. 50/2016 (art. 2, co. 6, d.lgs. n. 76/2020). Per gli appalti sotto soglia, si ritiene applicabile comunque la disciplina sulla trasparenza del d.lgs. n. 33/2013 in quanto il legislatore all'art. 1, co. 2, lett. b), d.lgs. n. 76/2020 ha introdotto specifiche esclusioni solo in caso di affidamento di contratti di importo inferiore a 40.000 euro.

Il DL 77/2021 è intervenuto sulla materia anche con modifiche in tema di subappalto, trasparenza, digitalizzazione e Banca Dati Nazionale dei Contratti pubblici e ulteriori modifiche si rivengono nella L. 238/2021, Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2019-2020, in merito al ruolo e alle funzioni del RUP, alle procedure di affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria, ai motivi di esclusione dalla partecipazione alla gara di un operatore economico, nonché agli adempimenti a carico del direttore dei lavori, dell'esecutore e del responsabile unico del procedimento, in materia di adozione dello stato di avanzamento dei lavori e del relativo certificato di pagamento.

Vale inoltre la pena citare alcuni recenti interventi del legislatore introdotti con il DL 4/2022, Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19, nonché per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico, intervenuto sulla revisione dei prezzi di cui all'art. 106 del Codice dei contratti pubblici, disponendo che, fino al 31 dicembre 2023, per le procedure ricadenti nell'arco temporale indicato, è previsto, da un lato, l'obbligatorio inserimento, nei documenti di gara iniziali, di clausole di revisione dei prezzi e, dall'altro lato, per i contratti di lavori, in deroga al citato art. 106, la possibilità che le variazioni di prezzi dei singoli materiali da

costruzione siano valutate dalla stazione appaltante soltanto se superiori al 5 per cento rispetto al prezzo rilevato nell'anno di presentazione dell'offerta.

Infine, il d.l. n. 77/2021 è intervenuto anche rispetto al complesso delle procedure di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici finanziati con le risorse del PNRR e del PNC, stabilendo procedure semplificate allo scopo di contemperare le esigenze di celerità nell'esecuzione delle opere – presupposto per l'erogazione dei relativi finanziamenti – con il regolare espletamento delle fasi che caratterizzano le procedure di gara.

Proprio come affermato dall'ANAC nel PNA 2022 tutte le norme e le deroghe introdotte hanno creato una legislazione complessa e a volte non chiara, “con il conseguente rischio di amplificare i rischi corruttivi e di cattiva amministrazione” ritenuti tipici dei contratti pubblici.

Per questo motivo il nuovo PNA tratta con grande attenzione il tema dei contratti pubblici e della nuova normativa, fornendo alle Aziende indicazioni sui potenziali rischi e sulle eventuali misure da mantenere / introdurre.

Occorre infine segnalare l'approvazione del nuovo codice degli appalti pubblici, D.lgs. 36/2023, che entrerà in vigore nel prossimo periodo riorganizzando in maniera sistematica l'intera materia.

Al fine di effettuare un'analisi approfondita dei contenuti del Piano Nazionale e del nuovo Codice, e di elaborare una serie di misure da introdurre nei prossimi Piani Aziendali sarà costituito un gruppo di lavoro con il RPCT e le strutture aziendali che si occupano di contratti pubblici.

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'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 linea 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 31.01.2023 si attesta su 6451 unità, come di seguito indicato:

	Area Giuliana 31.01.2023	Area Isontina 31.01.2023	TOTALE ASUGI AL 31.01.2023
Aree della Dirigenza			
TOTALE DIRIGENZA MEDICA	302	674	976
DIRIGENZA SANITARIA			
Dirigente Biologo	2	17	19
Dirigente Chimico	1		1
Dirigente Farmacista	7	15	22
Dirigente Fisico		8	8
Dirigente Professioni Sanitarie	2	8	10
Dirigente Psicologo	29	51	80
TOTALE DIRIGENZA SANITARIA	41	99	140
DIRIGENZA PTA			
Dirigente Architetto	1		1
Dirigente Ingegnere	1	14	15
TOTALE DIRIGENZA PROFESSIONALE	2	14	16
Dirigente Analista	1		1
Dirigente Sociologo	1		1
TOTALE DIRIGENZA TECNICA	2		2
Dirigente Amministrativo	4	18	22
TOTALE DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	4	18	22

TOTALE DIRIGENZA PTA	8	32	40
Personale del Comparto			
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI			
RUOLO SANITARIO			
PROFESSIONI INFERMIERISTICHE			
Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere Senior	7	28	35
Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere	791	1647	2438
Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere Pediatrico	2		2
Collaboratore Professionale Sanitario - Ostetrica	37	20	57
PROFESSIONI TECNICO SANITARIE			
Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	30	152	182
Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Radiologia Medica Senior	2		2
Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Radiologia Medica	35	105	140
Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Neurofisiopatologia	3	22	25
Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari		14	14
Collaboratore Professionale Sanitario - Dietista	11	10	21
Collaboratore Professionale Sanitario - Igienista Dentale		1	1
Collaboratore Professionale Sanitario - Odontotecnico		2	2
Collaboratore Professionale Sanitario - Logopedista	12	28	40
Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Audiometrista	1	3	4
PROFESSIONI DELLA RIABILITAZIONE			
Collaboratore Professionale Sanitario - Terapista Riabilitazione Senior		2	2
Collaboratore Professionale Sanitario - Terapista Riabilitazione	51	119	170
Collaboratore Professionale Sanitario - Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Eta' Evolutiva	4	2	6
Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico dell'Educazione e Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale	8	35	43
Collaboratore Professionale Sanitario - Educatore Professionale	12	5	17
Collaboratore Professionale Sanitario - Terapista Occupazionale		2	2
Collaboratore Professionale Sanitario - Ortottista	3	4	7
Collaboratore Professionale Sanitario - Podologo		1	1
Collaboratore Professionale Sanitario - Massaggiatore Non Vedente	4	1	5
PROFESSIONI DELLA PREVENZIONE			
Collaboratore Professionale Sanitario - Assistente Sanitario Senior	3	2	5
Collaboratore Professionale Sanitario - Assistente Sanitario	25	29	54
TOTALE RUOLO SANITARIO	1066	2268	3333
RUOLO SOCIO SANITARIO			
Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Prevenzione Senior		3	3
Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Prevenzione	25	30	55
Collaboratore Professionale - Assistente Sociale Senior	2		2
Collaboratore Professionale - Assistente Sociale	8	31	39
TOTALE RUOLO SOCIO SANITARIO	10	31	41
RUOLO TECNICO			
Collaboratore Tecnico - Professionale Senior	1		1
Collaboratore Tecnico - Professionale Programmatore Senior		1	1
Collaboratore Tecnico - Professionale	5	38	43
TOTALE RUOLO TECNICO	6	39	45
RUOLO AMMINISTRATIVO			
Collaboratore Amministrativo - Professionale Senior	4	19	23
Collaboratore Amministrativo - Professionale	42	92	134
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	46	111	157
TOTALE AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	1128	2449	3577
AREA DEGLI ASSISTENTI			

RUOLO SANITARIO			
Infermiere Generico Senior	4	2	6
Infermiere Psichiatrico Senior		1	1
TOTALE RUOLO SANITARIO	4	3	7
RUOLO TECNICO			
Assistente Informatico		2	2
Assistente Tecnico	6	26	32
Op.Tecnico Specializzato - Senior	2	6	8
Op.Tecnico Specializzato - Autista Senior	2	10	12
TOTALE RUOLO TECNICO	10	44	54
RUOLO AMMINISTRATIVO			
Assistente Amministrativo	75	156	231
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	75	156	231
TOTALE AREA DEGLI ASSISTENTI	89	203	292
AREA DEGLI OPERATORI			
RUOLO SOCIO SANITARIO			
Operatore Socio Sanitario	351	678	1029
RUOLO SOCIO SANITARIO	351	678	1029
RUOLO TECNICO			
Operatore Tecnico Specializzato	11	16	27
Operatore Tecnico Specializzato - Autista	11	64	75
TOTALE RUOLO TECNICO	22	80	102
RUOLO AMMINISTRATIVO			
Coadiutore Amministrativo Senior	9	24	33
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	9	24	33
TOTALE AREA DEGLI OPERATORI	382	782	1164
AREA DEL PERSONALE DI SUPPORTO			
RUOLO TECNICO			
Operatore Tecnico Addetto all' Assistenza	3	8	11
Operatore Tecnico	26	48	74
Ausiliario Specializzato (Servizi Socio-Assistenziali Servizi Tecnico-Economali)	23	86	109
TOTALE RUOLO TECNICO	52	142	194
RUOLO AMMINISTRATIVO			
Coadiutore Amministrativo	25	37	62
Commesso	7		7
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	32	37	69
AREA DEL PERSONALE DI SUPPORTO	84	179	263
TOTALE COMPLESSIVO	2034	4418	6451

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 inconfirabilità 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;

Al fine di aggiornare la rete dei Referenti, nel mese di gennaio 2023, con nota del RPCT, è stato 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; le individuazioni risultano in fase di acquisizione e saranno completate entro il mese di aprile 2023.

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.

Si segnala che, tra le attività e gli obiettivi inseriti nelle Linee di gestione del SSR (DGR 480/2023), al punto 7.4, “Attività di coordinamento” è previsto quanto segue:

Enti interessati	Tutti gli Enti del SSR FVG
Ruolo ARCS	Coordinamento e promozione delle attività d’interesse comune
Obiettivo	Risultato atteso e target
Coordinamento dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto.	- Costituzione di un tavolo interaziendale con i RPCT e loro personale di supporto degli Enti del SSR FVG entro il 30/4/2023

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'ANAC nel suddetto PNA, 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 del 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.

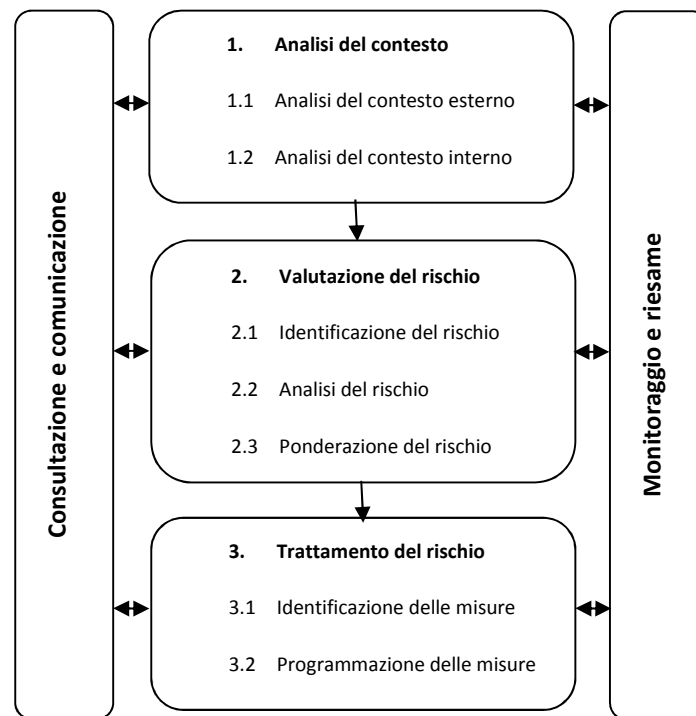
Le nuove valutazioni dei rischi sono allegate al presente piano (All. 1)

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 che 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 dà 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 nel 2022 sono contenute nell' Allegato 1; le mappature dei processi e le valutazioni dei rischi delle altre strutture aziendali effettuate nel periodo antecedente al 2022 sono consultabili all'Allegato 2.

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 2023-2025, 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 sezione 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 modifica e integrazione in fase di adozione definitiva del PIAO 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, così come definite nel PTPCT 2022-2024 adottato con Decreto del Direttore Generale 415 del 29.4.2022.

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

① 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 il 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).

② Con DL n. 18 del 17.3.2020, "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID – 19", è stato introdotto un obbligo di trasparenza per le amministrazioni, in relazione alle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica.

L'art. 99 comma 5 del suddetto DL ha infatti stabilito che "Per le erogazioni liberali di cui al presente articolo, ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria attua apposita rendicontazione separata, per la quale è anche autorizzata l'apertura di un conto corrente dedicato presso il proprio

tesoriere, assicurandone la completa tracciabilità. Al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet o, in assenza, su altro idoneo sito internet, al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle suddette liberalità”.

In seguito alla cessazione dello stato di emergenza a far data dal 1.4.2022 (DL n. 24 del 24.3.2022), l'ASUGI ha pubblicato nella sezione *Amministrazione trasparente / Interventi straordinari e di emergenza* i dati relativi alla rendicontazione delle erogazioni liberali percepite dal 2020.

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 5, 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 provvederanno ad adeguare le informazioni relative all'accesso pubblicate nelle rispettive sezioni del sito web al Regolamento vigente e 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 verifichi 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. 5 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'accogliabilità 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.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Premessa

A seguito della L.R. FVG 17 dicembre 2018, n. 27 "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario regionale" e s.m.i. ed in particolare dell'art. 11, il giorno 1 gennaio 2020 è stata costituita l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (A.S.U. G.I.).

La D.G.R. FVG n. 2174 dd. 12.12.2019 ha statuito, in attuazione di quanto previsto dal quarto comma dell'art. 3, della L.R. 27/2018, la costituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (A.S.U. G.I.), con sede a Trieste, con effetto dal 1° gennaio 2020, e la contestuale soppressione ed estinzione, con la medesima decorrenza, dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina" e dell'"Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste".

La situazione delle due aziende in tema di lavoro agile prima dell'unificazione:

L'ea AAS 2 non aveva alcuna regolamentazione in materia.

L'ex ASUITS aveva approvato, dopo idoneo passaggio sindacale, il Regolamento unificato relativo all'utilizzo del telelavoro del personale del comparto (decreto n. 147 dd. 21/2/2018).

Il regolamento disciplinava le politiche aziendali per la gestione del lavoro agile del personale sanitario, tecnico ed amministrativo appartenente al comparto.

Con tale regolamento l'Azienda affermava esplicitamente l'impegno per il perseguimento del benessere organizzativo e di tutela del dipendente in presenza di particolari condizioni di disagio personale o familiare o per una maggior serenità nella gestione dei tempi di vita e di lavoro, nell'ambito del più ampio concetto di lavoro agile. Il Regolamento definiva i principi e i criteri per l'accesso e la gestione del telelavoro, garantendo il corretto equilibrio fra i tempi di lavoro ed i tempi di riposo giornaliero e settimanale, sempre nel rispetto della normativa sulla privacy e sulla sicurezza.

Tale regolamento prevedeva l'utilizzo dell'istituto del **telelavoro**, nella forma del telelavoro domiciliare, con l'esecuzione della prestazione dell'attività lavorativa dal domicilio del dipendente. In base al regolamento, l'amministrazione definiva, in relazione alle caratteristiche dei progetti da realizzare, di intesa con i dipendenti interessati, la frequenza dei rientri nella sede di lavoro. L'orario di lavoro aveva quale base la durata prevista dal normale orario giornaliero (a tempo pieno o a tempo parziale) definito dalla normativa vigente ed era svolto similmente all'orario di servizio in sede per la reperibilità telefonica o telematica. Tuttavia, per effetto della distribuzione discrezionale del tempo di lavoro, non erano configurabili prestazioni aggiuntive, straordinarie notturne o festive né permessi brevi ed altri istituti che comportano riduzioni di orario. La postazione di lavoro è di proprietà del dipendente, ma è verificata, anche da remoto, dal SPPA e dalla Struttura Informatica per quanto riguarda il soddisfacimento dei requisiti di sicurezza e privacy.

Tuttavia, l'utilizzo dello strumento era rimasto molto circoscritto.

Occorre tuttavia precisare al riguardo che, trattandosi di Azienda Ospedaliero – Sanitaria, non tutti i profili professionali possono lavorare da remoto, in quanto le figure dedicate direttamente all'assistenza quali personale medico, infermieristico, Operatori Socio Sanitari ecc, devono necessariamente svolgere la propria attività in presenza. E' quindi utile evidenziare che il numero più considerevole di personale anche può fare ricorso al lavoro agile appartiene al ruolo amministrativo, tecnico –informatico, programmatore, alle quali solo con l'emergenza è stato possibile aggiungere talune branche di professionalità mediche e sanitarie per talune parti di attività che in base alla valutazione del rispettivo direttore potessero essere eseguibili da remoto.

Per merito del ricorso al telelavoro domiciliare straordinario l'Azienda è così riuscita a fronteggiare con successo la prima fase dell'emergenza sanitaria da Covid-19, garantendo continuità alle attività e ai servizi erogati.

Ciò ha consentito di compiere un salto in avanti e ha dato modo di testare se, anche fuori dalla fase emergenziale, il lavoro agile potesse consentire effettivamente il raggiungimento di duplici benefici, quali, da un lato, l'aumento della produttività e la riduzione del tasso di assenteismo, dall'altro, un maggior benessere organizzativo con strumenti che permettano la conciliazione dei tempi vita-lavoro per il personale.

Ricordiamo che il lavoro agile si differenzia dal telelavoro: *“..smartworking significa ripensare una modalità lavorativa in un'ottica più intelligente, mettere in discussione i tradizionali vincoli legati a luogo e orario lasciando alle persone maggiore autonomia nel definire le modalità di lavoro a fronte di una maggiore responsabilizzazione sui risultati. Autonomia, ma anche flessibilità, responsabilizzazione, valorizzazione dei talenti e fiducia diventano i principi chiave di questo nuovo approccio.”* (Osservatorio Nazionale del Lavoro Agile).

Una delle principali sfide poste dall'introduzione del lavoro agile ordinario è proprio il cambiamento della cultura organizzativa, in cui viene superato il concetto della “timbratura del cartellino” e della “presenza fisica” e quindi di una prestazione lavorativa svolta in una sede ed in un orario di lavoro definiti. Il lavoro agile è una politica di gestione del cambiamento Organizzativo

con la finalità di migliorare, in termini di efficacia ed efficienza, i servizi resi alla collettività ed il benessere organizzativo aziendale.

Il lavoro agile, inoltre, pone l'attenzione su temi di interesse collettivo e sviluppo economico del territorio, favorendo la riduzione degli spostamenti a favore di una maggiore viabilità, il contenimento dei livelli di inquinamento e un abbattimento dei costi sia per il datore di lavoro che per il lavoratore.

Su questi temi più ampi l'Azienda si era approcciata già a fine 2019 all'adesione al **progetto VeLA "Veloce, Leggero, Agile – Smart Working per la PA"**, progetto orientato alla diffusione della modalità di Lavoro Agile, attraverso la costruzione di una **buona pratica**, grazie al confronto tra esperienze esistenti e tra amministrazioni e basato sulla produzione di un **kit di riuso da rendere disponibile** ad altre Amministrazioni interessate ad introdurre lo smart working. Il progetto Vela, vede come capofila la regione Emilia Romagna, alla quale si sono aggregate altre 8 realtà regionali, tra cui il FVG.

L'autorizzazione a scaricare il kit è giunta alla metà di febbraio 2020. Agli inizi del mese di marzo si è relazionato alla neo - insediata direzione ASUGI quanto fatto, e si è proposta la necessità di formare un gruppo di lavoro trasversale, multidisciplinare che se ne occupasse in modo strutturato, per stabilire quali passi intraprendere per dare un più ampio impulso alla diffusione del lavoro agile.

Il gruppo di lavoro non era ancora stato costituito quando è scattata l'emergenza Covid 19 ed è stato emanato il primo DPCM 8/3/2020, seguito dalla Direttiva n. 1/2020 del Ministro della Funzione Pubblica, che dettavano le prime misure per il lavoro agile nelle PP.AA .

Nell'emergenza, quindi, non si è riusciti a dar attuazione in maniera completa ed organizzata a questo percorso strutturato e organizzato.

Nela situazione di emergenza da Covid-19 ASUGI è stata in grado di adattarsi in tempi rapidi e con buoni risultati a questo nuovo contesto, in quanto già disponeva di un regolamento per il lavoro agile del personale del comparto dell'ex ASUITS adottato con decreto n. 147 dd. 21/2/2018.

Lo stato di attuazione in ASUGI

Come sopra ricordato, ASUGI nell'ottica di attivare tempestivamente tutte le misure necessarie per contrastare la diffusione dell'epidemia sanitaria in corso, ha avviato la sperimentazione del lavoro agile, prendendo come punto di riferimento il regolamento dell'ex ASUITS, ed estendendolo anche ad altre figure sanitarie e dirigenziali, compatibilmente con una valutazione sulla effettiva fattibilità dell'attività da remoto.

La Direzione con decreto 256 dd. 12/3/2020, "Prime determinazioni contingibili ed urgenti per l'adozione di misure nell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina finalizzate al contenimento e alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19", ha dato atto che

ASUGI intende attivare quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera r) del DPCM 8/3/2020, in merito al lavoro agile, ed ha quindi posto in essere le opportune modifiche organizzative delle strutture amministrative e tecniche, riducendo la presenza fisica negli uffici e agevolando, ove possibile, forme di lavoro agile mediante telelavoro, come da circolare n. 2950/SCGP dd. 11/03.

Sono stati successivamente 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.

EVIDENZA DEI RAPPORTI INSTAURATI DURANTE LA PANDEMIA

	Telelavoro/Smart working (**) Uomini	Telelavoro/Smart working (**) Donne
MD-Medici	8	17
MV-Veterinari		
MO-Odontoiatri		
DS-Dirigenti sanitari non medici	6	40
PS-Dirigenti professioni sanitarie (1)	1	2
SI-Profili ruolo sanitario - personale infermieristico	9	49
ST-Profili ruolo sanitario - personale tecnico sanitario	3	12
SV-Profili ruolo sanitario - personale personale vigilanza e ispezione	6	4
SF-Profili ruolo sanitario - personale funzioni riabilitative	1	17
DP-Dirigenti ruolo professionale	5	4
LP-Profili ruolo professionale		
DT-Dirigenti ruolo tecnico		
LT-Profili ruolo tecnico	31	17
DA-Dirigenti ruolo amministrativo	2	7
LA-Profili ruolo amministrativo	42	160
RR-Profili ruolo ricerca sanitaria		
PC-Personale contrattista		
TOT-Totale	114	329

La scadenza era indicata nel termine dello stato di emergenza, e pertanto i rapporti instaurati venivano via via prorogati a seguito dei decreti emergenziali.

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.

L'esito della ricognizione non ha modificato l'elenco delle attività eseguibili da remoto, facendo tuttavia emergere una profonda consapevolezza di essere ancora fortemente limitati dall'utilizzo della carta nonostante l'epoca sempre più digitale.

Tra i **punti di debolezza** segnalati, alcuni da un lato riguardavano aspetti che avrebbero trovato puntuale definizione nei prossimi CCNL , come : la necessaria presenza per non perdere contatto con la realtà lavorativa, la mancanza di previsione di regole certe su orario, pause, buoni pasto ecc e l'impossibilità di riconoscimento di eventuale orario aggiuntivo; e dall'altro riguardavano aspetti prettamente legati alle **piattaforme tecnologiche** : carenza di cellulari aziendali per contatto veloce con colleghi, dovendosi invece utilizzare unicamente l'email, mancanza di PC aziendali, con schermo con grandezza adeguata, connessioni internet personali a volte non adeguate, mancanza di stampanti.

Tra i **punti di forza** , **le nuove misure organizzative fanno emergere** l'ottimizzazione delle tempistiche soprattutto in caso di riunioni da remoto e con altre Aziende, o in caso di corsi di aggiornamento, per cui oltre ad evitare il tempo degli spostamenti, si aumenta l'efficacia comunicativa , e la concentrazione del partecipante.

Posto che lo stato di emergenza si è protratto per tutto il 2021, la situazione è rimasta invariata fino al DPCM del Ministro Brunetta del 23/09/2021 con il quale si prevedeva il lavoro in presenza quale modalità ordinaria dello svolgimento del rapporto di lavoro, e si prevedeva il rientro in sede per tutti i lavoratori a far data 15 ottobre 2021.

A seguito di un tanto l'Azienda ha provveduto a diramare una ulteriore circolare e a far rientrare per la prevalenza del tempo i dipendenti; è stato tuttavia previsto un nuovo format di accordo, in linea con i contenuti delle bozze di CCNL che disciplinano lo svolgimento della prestazione mediante lavoro agile e lavoro da remoto, che prevede lo svolgimento del lavoro in presenza per la maggior parte del tempo, da mantenersi transitoriamente fino a giugno 2022.

Successivamente è stata emanata una ulteriore circolare recante indicazioni transitorie sullo svolgimento di prestazioni lavorative in modalità agile dal 1 luglio 2022, valida anche per i lavoratori fragili, con la quale, nelle more dell'adozione del PIAO e del successivo regolamento sul lavoro agile si stabiliva di mantenere vigente il format per l'accordo individuale, ma di ripresentare la richiesta ribadendo tutti i punti già elencati dal art. 1 , comma 4 del DM 8/10/2021 , già prevedendo la scadenza degli accordi al 31.12.2022.

Il 3 novembre 2022 è stato sottoscritto il nuovo CCNL del comparto , il quale, al Titolo VI disciplina la materia del lavoro a distanza, distinguendo tra il lavoro agile e il lavoro da remoto. E' al momento in fase di revisione il regolamento ASUGI che disciplinerà azialmente la materia.

Nelle more di tale regolamento, dall'1.1.2023 sono stati sottoscritti nuovi accordi con i dipendenti (fino al 31.6.2023), escludendo, di regola, la concessione del lavoro agile alla dirigenza

Ulteriore sviluppo del lavoro agile

La necessità di regolamentare un progetto aziendale di lavoro agile è divenuta quanto mai importante in una realtà come ASUGI, Azienda di oltre 6000 dipendenti, con molte sedi disseminate in un vasto territorio che comprende l'Area Giuliana e l'Area Isontina.

Si comprende quindi che diviene fondamentale ridurre gli spostamenti degli operatori per quanto possibile, utilizzando altri strumenti come le conference call, implementando la parte telematica per la trasmissione delle istanze, e le firme digitali, nell'ottica di una totale riduzione del cartaceo, oltre che della riduzione dei tempi e dei rischi derivanti dagli spostamenti.

Il piano degli investimenti dovrà ripensare alla tipologia di pc aziendali da acquistare negli anni a venire, (più pc portatili e monitor di maggiori dimensioni) così come sarà fondamentale estendere il parco della telefonia mobile da consegnare agli operatori, in modo da mettere in grado il dipendente di non dover sostenere delle spese proprie per il lavoro da casa, oltre a garantire la sicurezza dal punto di vista della protezione esterna e della privacy.

Questi aspetti verranno valutati anche i sede di confronto sindacale sulla proposta di regolamento, il tutto nel pieno rispetto delle Linee Guida, con la collaborazione del Comitato unico di garanzia (CUG), nell'ottica di favorire le politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo, dell' Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ai fini della valutazione della performance organizzativa e del Responsabile della Transizione al Digitale (RTD), cui spetta il compito di definire un modello per il lavoro agile individuando i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari anche alla luce del nuovo contesto connesso all'emergenza Covid-19.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

La programmazione del personale costituisce parte integrante del Piano Attuativo che dovrà essere adottato, unitamente al bilancio preventivo, entro il 17 maggio 2023 (vedi premessa).

Pertanto la presente sezione sarà integrata in fase di adozione definitiva del PIAO nei termini di cui all'art. 8 del DM 132/2022.

Si evidenzia, sin da ora, che le Linee di Gestione del SSR adottate con Delibera di Giunta Regionale n. 480 del 17.3.2023 hanno definito quanto segue:

Con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, n. 132 del 30 giugno 2022 è stato adottato il "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" in attuazione del comma 6 dell'art.6 del D.L. 9 giugno 2021, n.80 Si richiama il disposto di cui al comma 7-bis del citato art.6 in base al quale "Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6".

Con riferimento al Piano-tipo allegato al decreto ministeriale n.132/2022 – sezione 3 “Organizzazione e capitale umano” – sottosezione 3.3 “Piano triennale dei fabbisogni del personale”, gli enti dovranno rappresentare:

a) la consistenza di personale al 31.12.2022, suddivisa per categorie, ruoli e profili, con evidenza separata per il personale universitario e della ricerca;

b) la programmazione delle risorse umane 2023 tenendo conto: - della capacità assunzionale in riferimento al tetto di spesa assegnato; - della stima del trend delle cessazioni note e presunte; - delle azioni di riorganizzazione che impattano sull’impiego di personale; - dei percorsi di riqualificazione del personale e dei passaggi all’interno della medesima area tra profili diversi

c) le strategie e modalità di copertura del fabbisogno.

Nell’ambito del tetto di spesa assegnato, ciascun ente dovrà presentare la manovra di personale per l’anno 2023 utilizzando le tabelle relative ai Piani triennali di fabbisogni di personale. Per la compilazione della scheda dei costi correlata alla dotazione di cui sopra verranno fornite agli Enti specifiche indicazioni. Ricordato che il PTFP2023-2025 riguarda tutte le tipologie di personale (tempo indeterminato, tempo determinato, lavoro flessibile) indispensabili per l’assolvimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto della programmazione sanitaria e in coerenza con la struttura organizzativa delineata dagli atti aziendali, i Piani dovranno contenere l’indicazione:

– del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato suddiviso per area, ruolo e profilo, da esprimersi sia in teste che in tempo pieno equivalente (FTE), con specifica evidenza del personale della ricerca e del personale universitario che svolge funzioni assistenziali;

– del personale con contratti flessibili (lavoro autonomo, co.co.co., libera professione., rapporti di somministrazione ...).

In caso di assunzioni/cessazioni in corso d’anno il numero di teste deve essere indicato per intero. La dotazione dovrà essere espressa alla data del 31 dicembre di ogni anno. Con riferimento al personale amministrativo, potranno essere inserite esclusivamente le unità di personale da acquisire senza la preventiva autorizzazione (sostituzione di personale cessato, copertura della quota d’obbligo ex lege 68/1999, completamento della manovra assunzionale relativa all’anno 2022 come approvata e acquisizioni tramite mobilità, comandi o convenzioni tra enti del SSR).

Il PTFP dovrà essere rappresentato utilizzando le tabelle che verranno fornite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità. Il PTFP sarà approvato con decreto della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità entro il termine di sessanta giorni dal ricevimento, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio. Nei trenta giorni successivi alla sua adozione le Aziende provvederanno alla trasmissione dei contenuti dei PTFP tramite il sistema di cui all’articolo 60 del D. Lgs. 165/2001.

Si ricorda che, in caso di mancata trasmissione nei termini sopra indicati, le Aziende non potranno effettuare nuove assunzioni.

Nelle more dell’approvazione dei PTFP 2023-2025, gli Enti potranno procedere all’assunzione di personale nel rispetto delle indicazioni contenute nei paragrafi che precedono

oltre che per la sostituzione di personale cessato o assente, anche con riferimento a profili professionali diversi da quelli oggetto di sostituzione, purché le acquisizioni non comportino a regime incrementi di costo.

I piani triennali potranno essere modificati in occasione dei rendiconti infrannuali, in cui dovranno essere riportate le motivazioni poste a fondamento delle singole variazioni.

Stante l'obiettivo di ridurre i tempi di acquisizione delle risorse umane, le modifiche ai piani triennali si intendono autorizzate qualora la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità non faccia pervenire osservazioni entro 20 giorni dal ricevimento.

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.

ASUGI eroga e sviluppa, integrandole, prevenzione, diagnosi e terapia polispecialistica, 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 che attraverso il governo delle reti cliniche integrate previste dalla programmazione del Servizio Sanitario Regionale, 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.

La formazione aziendale assume una funzione strategica 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 la strategia aziendale.

In relazione a quanto previsto dalle Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale 2023 l'Azienda ha provveduto alla prima trasmissione del Piano della Formazione alla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità entro il 31 marzo 2023.

Analisi del fabbisogno formativo

La valutazione dei bisogni formativi, sia individuali che organizzativi, ha un ruolo fondamentale nel governo clinico in relazione allo sviluppo professionale continuo e ai piani di sviluppo personale di tutti gli operatori. Pertanto, essa rappresenta il primo passo nel processo di formazione. L'obiettivo principale dell'analisi dei bisogni formativi è valutare le esigenze di formazione, per identificare quali requisiti di prestazione professionale sono necessari per soddisfare gli obiettivi dell'organizzazione e definire una graduatoria di priorità al fine di migliorare la qualità del servizio.

Il modello utilizzato è quello della *gap/analysis*, che si sostanzia nella valutazione del divario tra le conoscenze, abilità e atteggiamenti che le persone possiedono e le conoscenze, le abilità e le attitudini di cui hanno bisogno per soddisfare gli obiettivi dell'organizzazione.

Nel concreto, l'analisi del bisogno formativo è stata attuata con il coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori di Distretto, dei Direttori di Struttura Complessa, dell'area sanitaria e tecnico amministrativa, dei Dirigenti delle Professioni Sanitarie, dei Responsabili Infermieristici/Tecnici di Dipartimento, dei Referenti di area, ai quali è stato affidato il compito di individuare i bisogni formativi specifici nelle proprie aree organizzative, in relazione alle attività ed ai ruoli professionali e di definire gli obiettivi da raggiungere attraverso la proposta di iniziative formative.

L'inserimento delle proposte di iniziative nel Piano Formativo Aziendale è stato quindi attuato attraverso un processo di analisi delle stesse, tenendo conto nella valutazione:

- delle esigenze segnalate a livello di Direzione Strategica (riferimenti documentali e gli indirizzi strategici aziendali, identificazione degli obiettivi formativi sui quali si ritiene prioritario implementare le attività formative)
- dei bisogni identificati nelle strutture organizzative (criticità identificate come suscettibili di miglioramento attraverso interventi formativi; competenze professionali da acquisire e/o sviluppare)
- del riferimento a vincoli di carattere normativo e/o contrattuale
- della coerenza con gli obiettivi formativi di interesse nazionale e regionale
- dell'interdisciplinarietà dei corsi rispetto a corsi monodisciplinari al fine di favorire l'integrazione tra più figure professionali che operano su linee di attività comuni e valorizzare il patrimonio culturale/operativo dei singoli attori del sistema.

L'analisi della fattibilità degli eventi formativi tiene inoltre conto di:

- modalità di realizzazione
- sostenibilità in termini organizzativi
- sostenibilità in termini economici

Formazione strategica

Il Piano della Formazione 2023 ha individuato alcuni ambiti in cui la Formazione assume rilevanza strategica, nell'attuale contesto:

Percorso di Accreditamento all'eccellenza Accreditation Canada 2021-2023

Nel 2023 ASUGI sarà sottoposta sia alla visita per il rinnovo dell'Accreditamento istituzionale che a quella per l'Accreditamento all'eccellenza con Accreditation Canada.

In continuità con l'anno precedente, proseguiranno i corsi di Formazione sul campo (Gruppi di miglioramento/lavoro/studio). Alla luce dell'autovalutazione degli standard di accreditamento da parte dei componenti dei team di autovalutazione fatta nel 2022, i partecipanti implementeranno le necessarie attività di miglioramento e prepareranno i propri team alle visite.

Sul fronte della sicurezza delle cure, proseguirà la formazione dedicata ai link professional, che verterà sulle diverse linee di attività previste dalla rete regionale Cure Sicure e dagli standard di accreditamento.

Verrà infine rivista la politica della formazione obbligatoria in ASUGI e, di conseguenza, organizzata l'attività formativa dedicata al personale neoassunto, in collaborazione con le diverse Strutture coinvolte nel processo.

La formazione in tema di sicurezza informatica e protezione dei dati

Come riportato da AgID, "La sicurezza dei servizi digitali della Pubblica Amministrazione è un aspetto cruciale per il funzionamento del sistema Paese. Negli ultimi anni, la minaccia cibernetica è notevolmente cresciuta in quantità e qualità. L'esigenza per la PA di contrastare tali minacce è diventata quindi un'esigenza fondamentale in quanto garantisce non solo la disponibilità, l'integrità e la riservatezza delle informazioni proprie del sistema informativo della Pubblica Amministrazione, ma è il presupposto per la protezione dei dati che ha come conseguenza diretta l'aumento della fiducia nei servizi digitali erogati dalla PA".

Le minacce agli ospedali, tuttavia, non si limitano ad azioni dolose in termini di causa scatenante. Anche gli errori umani svolgono un ruolo importante. L'interconnessione del mondo odierno non rende possibile ottenere la privacy del paziente senza la sicurezza delle informazioni che, in gran parte, sono gestite in formato elettronico e devono essere protette in tutte le fasi del ciclo di vita: quando vengono create, ricevute, trasmesse, mantenute e distrutte.

I rischi derivanti da tali minacce e dalle corrispondenti vulnerabilità sono tipicamente mitigati da una combinazione di misure di sicurezza tecniche e organizzative adottate. Oltre alla conformità a standard di settore, tra le misure organizzative particolarmente rilevanti risultano la formazione e la sensibilizzazione del personale con frequenti aggiornamenti rispetto a tematiche di sicurezza informatica (c.d. **cybersecurity training and awareness**). Tali misure sono finalizzate, da un lato, a rendere la struttura una solida organizzazione attraverso la diffusione di consapevolezza e di linee

guida e buone pratiche; dall'altro, a prevenire lo sfruttamento di vulnerabilità interne e/o esterne da parte delle minacce informatiche. La protezione delle informazioni è una responsabilità condivisa da tutti all'interno di un'organizzazione che si estende agli utenti finali di ogni tipologia (stagisti, volontari, consulenti, appaltatori, ricercatori etc). Le garanzie tecnologiche da sole non possono rendere sicura un'organizzazione ed i dipendenti consapevoli possono contribuire a ridurre i rischi. Esempio paradigmatico è costituito dal c.d. social engineering, tecnica di riferimento per gli attacchi nel contesto sanitario. Le persone sono considerate un anello particolarmente debole nella catena di sicurezza di un'organizzazione, non essendo queste spesso consapevoli delle buone pratiche in materia di cybersecurity.

Nel 2023 si intende avviare iniziative formative specifiche, suddivise per aree tematiche, al fine di implementare una cultura diffusa della cybersecurity mediante lo sviluppo di conoscenze del quadro normativo nazionale, delle principali minacce cibernetiche e dei regolamenti aziendali in un'ottica di sviluppo verso lo standard di qualità ISO 27001 che definisce i requisiti per un Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni.

Formazione sulle infezioni ospedaliere

Il Piano della Formazione Regionale (Decreto n. 5102/GRFVG dd 28.06.2022) contiene una sezione sul "Piano della formazione sulle infezioni ospedaliere per il personale del SSR" che prevede la formazione specifica sulle tematiche relative alle infezioni ospedaliere in attuazione agli interventi previsti dalla Missione 6 del PNNR. 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.

La formazione specifica sulle tematiche delle infezioni ospedaliere rientra nella formazione obbligatoria per i dipendenti e sarà suddivisa in 3 moduli di 14 ore complessive:

- MODULO A - Modulo di base teorico generale di 6 ore, propedeutico ai corsi B e C. Percorso FAD Regionale che fornisce gli elementi base per l'inquadramento del problema e le diverse misure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere
- MODULO B - Modulo 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.
- MODULO C - Modulo 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.)

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

Ottimizzazione dei processi attraverso il modello Lean

Il percorso formativo "Lean Organization, ottimizzare i processi nella formazione" ha avuto il duplice obiettivo di:

- 1) offrire una formazione sul campo agli operatori del Servizio di Formazione rispetto ai principi e agli strumenti del Lean Management
- 2) ripensare il processo di Progettazione del Centro di Formazione aziendale ASUGI.

Il percorso, costituito da 15 ore di formazione sul campo realizzato nel corso del 2022, prevede una continuazione nell'anno 2023 e una estensione ad altre strutture, con particolare riferimento ai processi trasversali e anche in ambito tecnico-amministrativo, sulla base del programma definito dalla Direzione aziendale.

Obiettivi di miglioramento del sistema formazione ASUGI

Rinnovo dell'accreditamento Certificazione di qualità ISO 9001-2015

Il 2 marzo 2023 si è svolta la visita di ricertificazione ISO 9001-2015 del Provider ASUGI. Gli obiettivi dell' Audit erano:

- La valutazione della conformità del sistema di Gestione ai requisiti normativi, nonché la sua capacità di garantire il rispetto degli ulteriori requisiti applicabili, di natura cogente e contrattuale,
 - L'accertamento dell'efficacia del Sistema di Gestione, nel garantire che il Provider ASUGI sia ragionevolmente in grado di conseguire gli obiettivi definiti;
 - L'identificazione delle aree di potenziale miglioramento del Sistema di Gestione.
- L'Audit ha avuto esito positivo ed è stato condotto con il metodo del campionamento, utilizzando tecniche quali interviste, osservazioni dirette di attività e riesame dei documenti e delle registrazioni.

Nuovo applicativo gestionale per la formazione

Dal 1 gennaio 2022 il Provider ASUGI ha iniziato ad utilizzare il nuovo gestionale della formazione TOM (Training Online Management) che consente di pervenire ad una maggiore automatizzazione delle attività e ad un efficientamento dei processi (quali l'analisi del fabbisogno formativo, la rilevazione delle ricadute formative, la gestione della formazione fuori sede, la notifica degli avvisi, le iscrizioni on-line, la trasmissione telematica di documenti alle varie figure interessate e la produzione della documentazione necessaria alle rilevazioni statistiche). Le caratteristiche e potenzialità del nuovo gestionale prevedono un significativo coinvolgimento dei professionisti che avranno la possibilità di interagire direttamente con il nuovo sistema consentendo l'ottimizzazione e il decentramento dei monitoraggi connessi alla formazione (tenuta sotto controllo delle scadenze della formazione obbligatoria, rendicontazioni economiche ecc.) Questo processo ha richiesto un importante intervento informativo/formativo a favore dello Staff della formazione e nel medio termine a tutti i dipendenti ASUGI.

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 2023-2025 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.