



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2022 – 2024

PREMESSA.....	4
<i>INTRODUZIONE</i>	4
<i>COME LEGGERE IL PIAO</i>	5
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA.....	6
SEZIONE 2. PERFORMANCE, PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA.....	7
2.1 <i>SOTTOSEZIONE: PERFORMANCE</i>	7
2.1.1 OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE.....	7
2.1.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	8
2.1.3 MONITORAGGIO PERFORMANCE.....	10
2.1.4 SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE E REINGEGNERIZZAZIONE.....	10
2.1.5 ACCESSIBILITÀ FISICA E DIGITALE.....	12
2.1.6 PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE.....	13
2.2 <i>SOTTOSEZIONE: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA</i>	14
2.2.1 FINALITA'.....	14
2.2.2 CONTESTO DI RIFERIMENTO – PRESENTAZIONE DELL'ENTE.....	14
2.2.3 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.....	16
2.2.3.1 ANALISI DEL CONTESTO.....	16
2.2.4 VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	41
2.2.4.1 IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO.....	42
2.2.4.2 ANALISI DEL RISCHIO.....	44
2.2.4.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO.....	45
2.2.5 TRATTAMENTO DEL RISCHIO.....	46
2.2.5.1 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE.....	47
2.2.5.2 PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE.....	61
2.2.6 MONITORAGGIO E RIESAME.....	62
2.2.6.1 MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO ANNO 2021.....	63
2.2.6.2 MONITORAGGIO PREVISTO PER IL PTPCT 2022-2024.....	65
2.2.7 TRASPARENZA.....	68
2.2.8 TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI (REG. UE 2016/679).....	70
2.2.9 ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO: IL NUOVO REGOLAMENTO.....	72
2.2.9.1 L'ACCESSO CIVICO "SEMPLICE": PROFILI GENERALI.....	72
2.2.9.2 L'ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO".....	73
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	76
3.1 <i>SOTTOSEZIONE: STRUTTURA ORGANIZZATIVA</i>	76
3.1.1 LINEE STRATEGICHE PER L'ORGANIZZAZIONE.....	76
3.1.2 ORGANIGRAMMA.....	78
3.1.3 CONSISTENZA DEL PERSONALE AL 31.12.2021.....	78
3.1.4 STRUMENTI DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE.....	79

3.1.5	PROSPETTO PREVISIONALE CESSAZIONI DAL SERVIZIO NEL TRIENNIO 2022-2024	81
3.2	<i>SOTTOSEZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE</i>	<i>82</i>
3.2.1	CONTESTO.....	82
3.2.2	QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO ATTUALE.....	83
3.2.3	DISCIPLINA AZIENDALE LAVORO AGILE 2022-2024.....	84
3.3	<i>SOTTOSEZIONE: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE</i>	<i>92</i>
3.4	<i>SOTTOSEZIONE: FORMAZIONE DEL PERSONALE</i>	<i>93</i>
3.4.1	LA FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE	93
3.4.2	LINEE STRATEGICHE PER LA FORMAZIONE.....	93
3.4.3	OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI DELL'AZIONE FORMATIVA.....	94
3.4.4	STRUMENTI E RISORSE ATTIVABILI NEL TRIENNIO 2022/2024	95
3.4.4.1	MONITORAGGIO	96
	APPENDICI.....	97
	<i>APPENDICE 1 – PERFORMANCE</i>	<i>97</i>
	Allegato 1 – Supporto tecnico per il governo del Sistema sanitario regionale	97
	Allegato 2 – Controllo e coordinamento del sistema sanitario regionale	97
	Allegato 3 – Servizi accentrati di natura amministrativa, sanitaria e sociosanitaria, tecnico e logistica.....	97
	Allegato 4 – Funzionamento interno dell'ente.....	97
	Allegato 5 – Obiettivi da Piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza 2022-2024.....	97
	Allegato 6 – Obiettivi Lavoro Agile.....	97
	<i>APPENDICE 2 – ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA.....</i>	<i>97</i>
	Allegato 1 – Schede mappatura e valutazione rischi.....	97
	Allegato 2 – Misure di prevenzione della corruzione.....	97
	Allegato 3 – Istruzioni valutazione del rischio.....	97
	Allegato 4 – Schede analitiche special	97
	Allegato 5 – Registro degli eventi rischiosi	97
	Allegato 6 – Sezione "Amministrazione trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione" ...	97
	<i>APPENDICE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</i>	<i>97</i>
	Allegato 1 – Tecnologie.....	97
	Allegato 2 – Elenco attività	97
	Allegato 3 – Soglia massima ore lavoro agile per struttura.....	97
	Allegato 4 – Modulo progetto.....	97
	Allegato 5 – Accordo individuale.....	97
	Allegato 6 – Informativa sulla sicurezza.....	97

PREMESSA

INTRODUZIONE

L'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80¹, convertito in legge n. 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Si tratta di un documento di programmazione e *governance* unico che accorpa una serie di atti e piani già previsti dalla normativa. Il PIAO vuole rappresentare, pertanto, una sorta di "testo unico" della programmazione aziendale, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'Azienda, nonché del rafforzamento della capacità amministrativa funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'obiettivo principale del PIAO è, infatti, la semplificazione delle procedure di programmazione al fine di garantire trasparenza, maggiore efficienza, efficacia e servizi migliori resi agli utenti.

L'art. 6 del decreto legge 80/2021, prevede, in particolare, che il PIAO abbia durata triennale, aggiornato annualmente, e definisca:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del *project management*, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'art. 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia

¹ Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 " *Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficacia della giustizia*".

- e in conformità agli indirizzi adottati dall’Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) l’elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
 - f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
 - g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.”²

Si tratta, a livello strategico, di una sorta di “mappatura del cambiamento” che consente di realizzare un monitoraggio costante e accurato del percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR.

Il PIAO di ARCS prevede, quindi, gli strumenti e le fasi per raggiungere:

- la piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa;
- gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- le procedure da semplificare e reingegnerizzare, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività, inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale;
- infine, le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Nelle more dell’emanazione dei decreti attuativi del PIAO previsti dal succitato art. 6, comma 5, per il 2022 il documento ha necessariamente un carattere sperimentale: nel corso del corrente anno proseguirà il percorso di miglioramento in vista dell’adozione del PIAO 2023-2025.

COME LEGGERE IL PIAO

Nella redazione del documento, per facilitare la comprensione dei contenuti e l’accessibilità a tutti i cittadini e utenti, ARCS ha adottato uno stile accessibile, inclusivo e di facile utilizzo (*user-friendly*), sia per la versione stampa che quella digitale.

² Comma 2 dell’art. 6 del D.L. n. 80/2021

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA

ENTE	AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE
SEDE LEGALE	Via Pozzuolo 330 – 33100 Udine
SITO ISTITUZIONALE	https://arcs.sanita.fvg.it
TELEFONO (UFFICIO PROTOCOLLO)	+39 0432 1438010
FAX	+39 0432 1438011
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)	arcs@certsanita.fvg.it
E-MAIL URP	urp@arcs.sanita.fvg.it
CODICE FISCALE / PARTITA IVA	02948180308

SEZIONE 2. PERFORMANCE, PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

2.1 SOTTOSEZIONE: PERFORMANCE

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

La presente sottosezione sostituisce quindi il Piano della Performance previsto dall'art. 10 del d.lgs. n. 150/2009, che ARCS aveva provveduto ad adottare in via preliminare con decreto del Direttore Generale n. 22 del 31 gennaio 2021.

2.1.1 OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE

In questa sottosezione di programmazione, viene illustrato il piano aziendale che vuol essere lo strumento attraverso il quale l'Azienda, nel quadro dei principi generali sanciti dalla missione aziendale e delle indicazioni regionali, delinea la visione strategica per il triennio 2022 – 2024.

Il piano triennale declina i target prefissati per ogni obiettivo per gli anni 2022, 2023 e 2024, tenendo conto che la programmazione aziendale deriva strettamente da quella regionale di cui alla Delibera di Giunta Regionale (DGR) 321 del 11/3/2022 "Lr 22/2019 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2022. Approvazione definitiva", con la quale sono stati definiti gli obiettivi annuali e i risultati attesi del Sistema sanitario regionale per l'anno in corso.

Il programma annuale coincide con quanto riportato e identificato nel target 2022. La Regione non ha attuato una programmazione con un orizzonte temporale triennale e pertanto il target per gli anni 2023 e 2024 è stato definito, ove possibile, nell'ipotesi di una continuità programmatoria negli atti regionali.

La pianificazione strategica di ARCS è stata suddivisa in quattro aree principali, tre delle quali riconducibili alle funzioni che identificano la missione istituzionale di ARCS ed una attinente il suo funzionamento interno.

Sulla base di quanto sopra delineato, vengono di seguito rappresentati gli obiettivi triennali che ARCS si propone di perseguire con riferimento a:

1. Supporto tecnico per il governo del Sistema sanitario regionale;
2. Coordinamento e controllo degli enti del SSR ai quali trasferisce le scelte strategiche regionali in materia di programmazione attuativa e monitoraggio nella loro realizzazione. Si tratta delle attività riconducibili alle Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2022 di cui alla DGR 54 del 21 gennaio 2022;

3. Erogazione di servizi accentrati di natura amministrativa, sanitaria e sociosanitaria, tecnico e logistica;
4. Funzionamento interno dell'ente.

In Appendice 1 sono illustrati gli obiettivi triennali della performance.

Vi sono altresì riportati gli obiettivi derivanti:

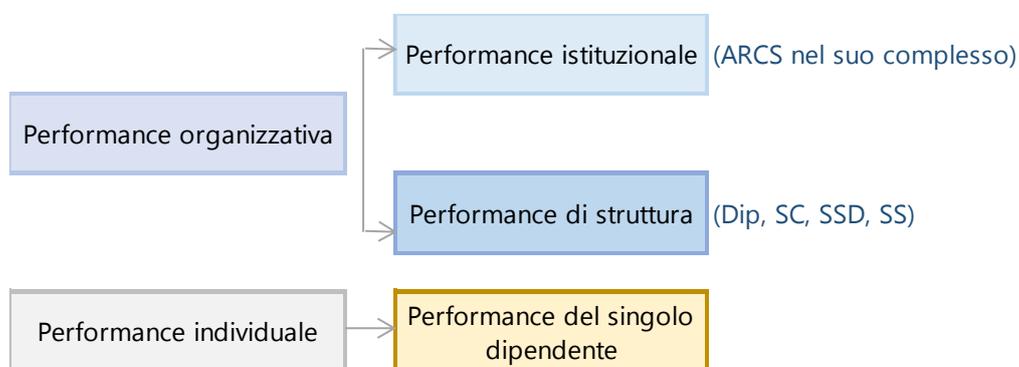
- Piano Triennale per la Prevenzione e corruzione della Trasparenza 2022-2024, riportato nella sezione 1.2 del presente documento;
- Lavoro agile

2.1.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

ARCS, quale pubblica amministrazione, è tenuta alla misurazione e alla valutazione della performance con riferimento:

1. all'Azienda nel suo complesso,
2. alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola,
3. ai singoli dipendenti.

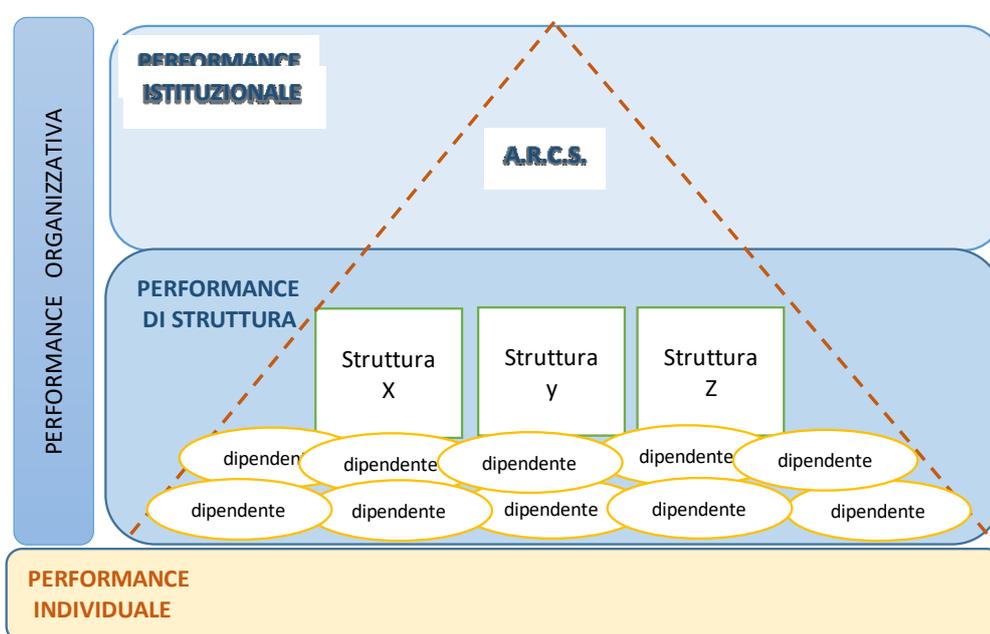
Rispecchiando i sopracitati tre ambiti di misurazione e valutazione della performance, ARCS definisce:



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.

Performance organizzativa ed individuale sono da considerarsi strettamente collegate ed integrate in tutto il ciclo di gestione della performance, pertanto qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell'Azienda non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

È, altresì, evidente che performance organizzativa e performance individuale sono strettamente correlate in tutte le fasi del ciclo: solo l'azione programmata e coordinata degli individui consente infatti il raggiungimento di risultati organizzativi.



La valutazione della performance organizzativa ed individuale avviene secondo il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) che risulta parte integrante del ciclo di gestione annuale della performance.

Oggetto della misurazione e valutazione della performance organizzativa è il grado di raggiungimento degli obiettivi - individuati dalla Direzione strategica, secondo le priorità aziendali ed in coerenza con la programmazione regionale – tenuto conto delle risorse assegnate e dell'efficacia/efficienza dei modelli gestionali.

I risultati attesi si caratterizzano per:

- oggettiva misurabilità;
- correlazione allo stato delle risorse effettivamente a disposizione o realisticamente acquisibili;
- rilevanza e pertinenza alle esigenze della programmazione regionale, di ARCS, delle aziende del SSR e dei cittadini;

- essere riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente all'anno solare.

In relazione alla complessità ed all'organizzazione dell'Azienda, la Direzione strategica può individuare obiettivi trasversali a più strutture/servizi, che quindi concorrono alla realizzazione complessiva della progettualità.

Gli obiettivi, sono di regola assegnati annualmente in sede di attribuzione della scheda di budget al responsabile del Servizio/Struttura o al dirigente che per specifiche competenze professionali risulta più idoneo alla loro realizzazione dalla Direzione strategica. Tra gli obiettivi complessivamente assegnati vengono individuati quelli cui associare un peso incentivazione.

A sua volta il responsabile dell'obiettivo illustra ai partecipanti alla realizzazione dello stesso i contenuti, le azioni richieste, i tempi e le modalità di valutazione. Monitora l'andamento delle progettualità durante l'anno e fornisce il necessario *feed back*, in caso di monitoraggio non in linea per gli eventuali correttivi, e ogni qualvolta lo ritenga opportuno ai fini del raggiungimento degli obiettivi.

A ciascun obiettivo sono associati azioni e indicatori, che rappresentano i risultati attesi e consentono l'effettuazione del monitoraggio periodico e la valutazione finale del grado di raggiungimento degli stessi.

2.1.3 MONITORAGGIO 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.

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

2.1.4 SEMPLIFICAZIONE, DIGITALIZZAZIONE E REINGEGNERIZZAZIONE

La semplificazione amministrativa e la digitalizzazione rivestono un ruolo centrale per lo sviluppo aziendale e, più in generale, per il contesto socio-economico nel quale l'Azienda opera, costituendo un fattore abilitante per la rimozione degli ostacoli amministrativi e procedurali allo sviluppo aziendale e, considerato il ruolo di ARCS, del Sistema Sanitario Regionale (SSR) del Friuli Venezia Giulia. Obiettivi specifici dell'azione di semplificazione amministrativa sono:

- riduzione dei tempi per la gestione delle procedure

- semplificazione e digitalizzazione delle procedure;
- misurazione della riduzione degli oneri e dei tempi dell'azione amministrativa.

Per quanto attiene, nello specifico alla digitalizzazione, ARCS, al fine di tutelare l'autonomia tecnologica del Paese, consolidare e mettere in sicurezza le proprie infrastrutture digitali e i propri sistemi informatici, garantendo, al contempo, la qualità, la sicurezza, la scalabilità, l'efficienza energetica, la sostenibilità economica e la continuità operativa dei sistemi e dei servizi digitali, si avvale della società in *house* regionale Insiel S.P.A. -qualificata da AGID quale *Cloud Service Provider*- nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.

Ai fini del contenimento delle spese di funzionamento delle proprie strutture, sono in atto ulteriori misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni informatiche che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio. L'obiettivo di assicurare una maggiore efficienza dei sistemi non può tuttavia essere disgiunto dalla tutela dei dati personali, assicurando le disposizioni dettate dal codice della Privacy e dal Regolamento Generale per la Protezione dei Dati.

Per ottenere la massima efficienza nell'uso dei dispositivi di stampa senza pregiudicare la qualità e la completezza dei servizi messi a disposizione, ARCS ha aderito alla convenzione CUC per la locazione di un sistema distribuito di stampa. Privilegiando e controllando la produzione sulle unità multifunzione (e uniformando al contempo l'impiego di risorse ad uso comune) l'uso delle stampanti laser monocromatiche personali presenti negli uffici vengono limitate ai soli casi strettamente necessari. L'obbligo di autenticazione, l'implementazione di concetti quali "*Follow me/Pool printing*" e "*Secure printing*", nonché un costante monitoraggio della produzione, permettere al Sistema distribuito di stampa una generale maggior efficienza rispetto al paradigma della stampa locale. Sono in corso d'opera le attività necessarie al completamento delle attività di rimozione delle stampanti da tavolo -in numero residuale- e dell'integrazione di tutti i dispositivi multifunzione al sistema distribuito; la conclusione delle attività è prevista per dicembre 2023.

Con l'introduzione del paradigma di "*Desktop Sharing*" sono in allestimento nuove postazioni di lavoro -docking station dotate di periferiche quali monitor, tastiere e mouse- che permettono un nuovo concetto di *alta mobilità* del personale che può prendere servizio in sedi operative diverse utilizzando un singolo strumento di lavoro (laptop personale). È stato inoltre avviato un progetto pilota per la dematerializzazione del dispositivo telefonico con un applicativo *soft-phone* che permette la portabilità del numero fisso aziendale anche durante l'erogazione dell'attività lavorativa in regime di *smart-working*.

ARCS ha rivolto e intende implementare nel triennio 2022-2024 la digitalizzazione di alcuni processi aziendali, quali, in particolare, quello delle procedure amministrative concernenti la gestione centralizzata dei sinistri, secondo quanto di seguito illustrato.

Gestione centralizzata sinistri

Dal 2006 il SSR FVG ha adottato uno specifico modello di gestione dei rischi di responsabilità civile (delle aziende e dei suoi dipendenti), per i danni provocati a terzi (pazienti, visitatori, dipendenti, ecc...) derivanti delle attività svolte dalle aziende sanitarie. La copertura della responsabilità civile per tutti gli Enti del SSR FVG viene fornita mediante una sola polizza RCT/O, c.d. "2° rischio", (responsabilità civile verso terzi e verso operatori), stipulata dall'ARCS, con una franchigia per sinistro attualmente S.I.R. di 550.000,00 euro. La polizza viene definita "per rischi catastrofali" o di "2° rischio" poiché i sinistri fino a 550.000,00 euro rimangono in carico all'ARCS che li copre attingendo ad uno specifico Fondo stanziato annualmente dalla Regione.

Nel modello adottato dal Friuli Venezia Giulia, la suddivisione dei ruoli e delle competenze, relative alla gestione dei sinistri, è attualmente disciplinata dal combinato disposto delle norme contenute nella DGR n. 1970/2016 del 21/10/2016 e dalle successive disposizioni attuative di cui al Decreto del Direttore Generale dell'ARCS n. 169/2021 del 11/11/2021.

In tale modello gestionale, sul Fondo regionale gravano sia le liquidazioni dei sinistri in franchigia, e le relative spese connesse come ad esempio spese peritali, legali, giudiziale etc., che sono gestiti dall'ARCS e degli Enti del SSR, ciascuno per quanto di propria competenza; sia la franchigia contrattuale per i sinistri gestiti dall'Assicuratore.

Obiettivo dell'Azienda, al fine di rendere più performante tale processo, è quello di dotare tutte le strutture coinvolte, in primis ARCS, di un gestionale informatico adeguato alla complessità, delicatezza e volume dell'attività svolta, tenuto anche conto del significativo volume di dati che devono essere trattati e archiviati per lo svolgimento dell'attività di gestione dei sinistri rct/o su scala regionale.

2.1.5 ACCESSIBILITÀ FISICA E DIGITALE

Per accessibilità si intende la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari. ARCS, come peraltro riportato negli obiettivi di accessibilità per l'anno 2022, si prefigge periodici interventi di formazione dei propri dipendenti mirati all'acquisizione di competenze specifiche sugli aspetti tecnici e normativi per la produzione di documenti digitali accessibili.

In merito all'accessibilità fisica delle sedi aziendali si evidenzia che ARCS non è dotata di patrimonio immobiliare proprio, avvalendosi di immobili di proprietà di altre Pubbliche Amministrazioni in forza di specifiche convenzioni di comodato d'uso gratuito ovvero in locazione da soggetti privati in forza di specifici contratti.

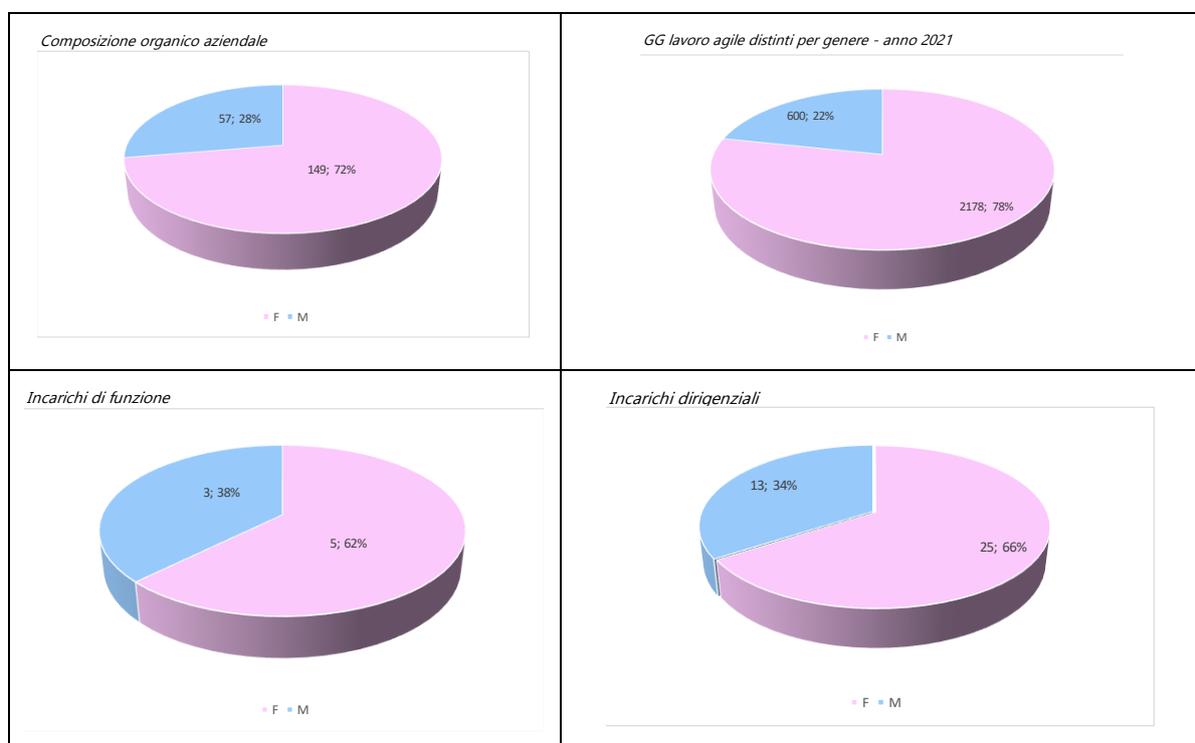
Si rappresenta che dal 2022 l'Azienda è alla ricerca, tramite la pubblicazione di apposito avviso pubblico, di una nuova sede da adibirsi a sede istituzionale di ARCS.

2.1.6 PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE

La parità di genere è realizzata in Azienda sia assicurando una equilibrata partecipazione agli organismi collegiali, quali commissioni di concorso e gare, sia nei percorsi di sviluppo professionale.

Anche l'introduzione del lavoro agile, a partire dal 2020, ha contribuito al rafforzamento degli istituti che favoriscono la conciliazione dei tempi di vita lavoro.

Di seguito si forniscono alcuni dati, rilevati alla data di adozione del PIAO.



2.2 SOTTOSEZIONE: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza aziendale, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190, e contiene il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) per il triennio 2022-2024, come già approvato con decreto n. 45 del 14/03/2022.

Il PTPCT 2022-2024 costituisce un aggiornamento del PTCPT 2021-2023, rispetto al quale sono stati apportati gli aggiornamenti e le modifiche necessari e conseguenti alla progressiva attuazione dell'assetto organizzativo aziendale, all'attribuzione di nuove funzioni da parte della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, avvenuta da ultimo con Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 1965 del 23/12/2021, oltre che alla luce delle risultanze dei monitoraggi effettuati nel corso del 2021.

Considerato che l'Azienda è -come detto- in fase di progressivo sviluppo, l'obiettivo generale del presente Piano è il consolidamento dell'analisi dei processi esistenti e l'identificazione, per le nuove funzioni di ARCS, di azioni idonee a neutralizzare o mitigare il livello dei rischi di corruzione, dedicando una particolare attenzione ai processi tecnico-scientifici e amministrativi, nonché alle tecniche di misurazione e di ponderazione dei rischi e di analisi dell'impatto delle misure con l'obiettivo di migliorarne la qualità e l'efficacia.

Alla predisposizione del Piano ha partecipato l'intera struttura di ARCS: sia la Direzione strategica aziendale in considerazione della natura programmatoria del Piano che, in particolare in fase di revisione della mappatura dei processi e del monitoraggio delle misure di prevenzione, tutti i dirigenti, in quanto soggetti che detengono una profonda e specialistica conoscenza dei processi medesimi e dei relativi profili di rischio, unitamente a tutti i dipendenti, tenuti a perseguire gli obiettivi di integrità e di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il Piano è destinato ai dipendenti ed ai collaboratori che prestano servizio presso ARCS ed è reso pubblico per tutti gli *stakeholders* interni ed esterni mediante consultazione pubblica.

2.2.1 FINALITA'

La vigente disciplina in materia prevede che l'articolazione del processo di formulazione e di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione, si realizzi mediante un'azione coordinata tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna Amministrazione.

2.2.2 CONTESTO DI RIFERIMENTO – PRESENTAZIONE DELL'ENTE

L'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (di seguito ARCS) è stata istituita a decorrere dal 1 gennaio 2019, in attuazione della legge regionale di riordino del Servizio Sanitario Regionale FVG n. 27 del 17 dicembre 2018.

ARCS è succeduta nel patrimonio e nelle funzioni dell'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi condivisi (EGAS) di cui all'articolo 7 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria) e a essa sono stati trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo ad EGAS, che è stato contestualmente soppresso (art. 11, commi 1 e 2, LR 27/2018).

Le prescrizioni in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza disposte nel PTPCT 2018-2020 di EGAS, sono state confermate, senza soluzione di continuità, per quanto applicabili e fino a nuove disposizioni, con delibera n. 23 del 20 febbraio 2019.

Con decreto n. 2 del 3 gennaio 2020, il ruolo di "Responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la trasparenza" di ARCS, ai sensi dell'art. 1, comma 7 della L. 190/2012 e ss.mm.ii., è stato attribuito al dott. Alessandro Camarda, dirigente amministrativo a tempo indeterminato assegnato alla SSD Affari generali, a decorrere dal 1 gennaio 2020.

A decorrere dal 2020, la Direzione strategica di ARCS, in merito alle numerose funzioni e obiettivi attribuiti all'Azienda e alla luce di quanto delineato da ultimo nella legge regionale 12 dicembre 2019 n. 22, ha proceduto ad una puntuale analisi dell'assetto organizzativo esistente e di quello delineato nel succitato Atto aziendale di ARCS. Da tale analisi è emersa la necessità di effettuare delle modifiche all'atto aziendale vigente, in un'ottica di sviluppo sia del suo ruolo di gestore di funzioni accentrate di natura amministrativa, tecnica, logistica e sanitaria che del suo ruolo di coordinamento del Sistema Sanitario Regionale. Tenuto conto, inoltre, che l'Atto aziendale adottato con Delibera n. 92/2019 non aveva ancora trovato completa applicazione, in particolare per quanto riguarda le nuove articolazioni organizzative, si è ritenuto opportuno apportare modifiche organizzative ritenute necessarie garantendo la continuità della funzionalità dell'Azienda.

Con decreto n. 58 del 26 febbraio 2020 è stata, quindi, approvata la proposta di modifica dell'Atto aziendale; decorsi i termini previsti per il rilascio del nulla osta da parte della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, con decreto n. 115 del 7 maggio 2020, è stato definitivamente approvato il nuovo Atto aziendale con decorrenza dal 1 maggio 2020.

L'attuazione del nuovo Atto aziendale, che -come detto- ha modificato e sostituito integralmente l'Atto aziendale di cui alla delibera del Commissario straordinario n. 92/2019, è stata avviata attraverso un percorso graduale, a oggi solo parzialmente realizzato, secondo le fasi propedeutiche individuate nel successivo decreto n. 115/2020, nonché in funzione delle risorse disponibili e della conseguente ridefinizione dei propri assetti di *governance* e organizzativi.

Con particolare riferimento all'elaborazione del PTPCT, ARCS, trovandosi, dunque, in una fase di ridefinizione dell'assetto organizzativo e dell'articolazione delle diverse strutture aziendali, ha intrapreso un'attenta analisi dei processi in termini di organizzazione, di gestione e di

controllo, esaminando, in particolare, i soggetti interessati e la mappatura delle attività a rischio di corruzione, nonché identificando le attività sensibili e i processi di gestione più rilevanti.

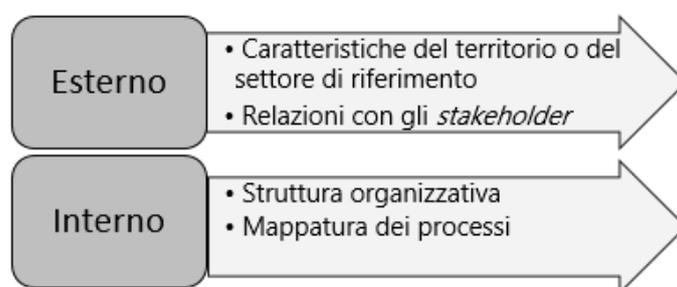
2.2.3 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo complessivo di gestione del rischio, attivato presso ARCS, è stato sviluppato parallelamente all'attività di predisposizione del PTPCT. Il Piano, nel suo complesso, è lo strumento con cui s'individuano le misure di prevenzione da realizzare, per le quali deve esserne monitorata sia l'applicazione che l'efficacia preventiva.

Già a partire dalla prima stesura del Piano, il suddetto processo si è configurato come un percorso *partecipato* che, attraverso il *coinvolgimento di tutte le strutture dell'Amministrazione ai diversi livelli (quali *owner* dei processi)*, ha consentito di individuare e mappare i numerosi processi svolti e di valutare il livello di rischio corruttivo al quale essi sono sottoposti.

2.2.3.1 ANALISI DEL CONTESTO

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



Attraverso questo tipo di analisi è possibile ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi, all'interno dell'Azienda, in relazione alla specificità dell'ambiente in cui opera, inteso come territorio, dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

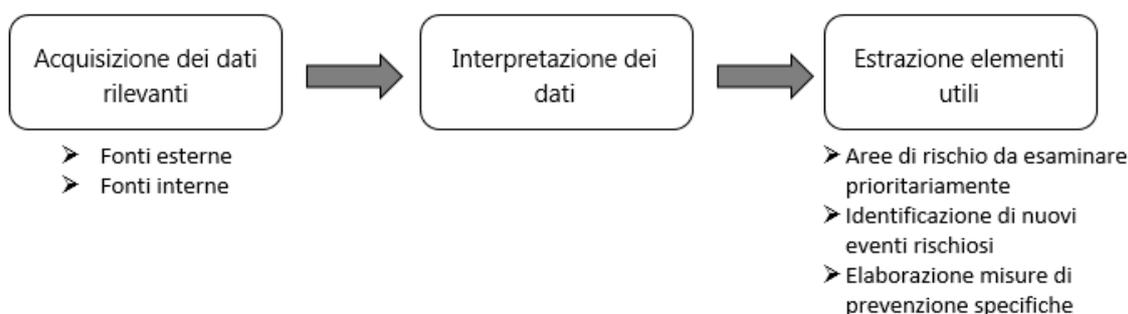
CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare le caratteristiche del territorio e dell'ambiente nel quale l'Azienda opera -con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali, economiche- nonché le relazioni esistenti con gli *stakeholders* e di come quest'ultime possano influire sull'attività dell'Amministrazione. Ciò al fine di contrastare il verificarsi di eventuali fenomeni corruttivi al proprio interno e, al tempo stesso, condizionare e influenzare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

In altri termini, la disanima delle principali dinamiche territoriali/settoriali e influenze/pressioni di interessi esterni cui l'Amministrazione può essere sottoposta, costituisce un passaggio essenziale nel valutare se, e in che misura, il contesto, territoriale e/o settoriale, di riferimento incida sul rischio corruttivo e conseguentemente nell'elaborare una strategia di gestione del rischio adeguata e puntuale³.

L'analisi del contesto esterno, da un punto di vista operativo, è riconducibile sostanzialmente a due tipologie di attività ovvero all'acquisizione dei dati rilevanti e all'interpretazione degli stessi ai fini della rilevazione del rischio corruttivo.

Di seguito la rappresentazione grafica delle attività funzionali all'analisi del contesto esterno:



In relazione agli aspetti di corruzione che possono avere attinenza con il contesto di cui al presente Piano, anche la consultazione di documenti e di rendiconti più strettamente collegati alla realtà locale mettono in evidenza che alcuni fenomeni sono presenti, più recentemente, anche nel nostro tessuto sociale, ritenuto comunque a minor rischio rispetto ad altre zone del nostro Paese.

L'attività economica in Friuli Venezia Giulia, duramente colpita dalla crisi pandemica nel 2020, ha avuto una significativa ripresa nella prima metà del 2021. In base all'Indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) elaborato dalla Banca d'Italia, la crescita del prodotto nel primo semestre dell'anno in corso, rispetto al corrispondente periodo del 2020, sarebbe prossima al 12 per cento e superiore a quella stimata dall'Istat a livello nazionale (7,6 per cento). Al netto miglioramento della congiuntura regionale ha contribuito la ripresa dell'attività produttiva in tutti i settori, in particolare l'industria.

Nel primo semestre del 2021 la produzione industriale, al netto della cantieristica, è notevolmente salita per soddisfare una domanda interna ed estera in forte ripresa; il volume delle vendite ha superato i livelli pre-pandemia. Le esportazioni di beni, cresciute di oltre un quarto rispetto al primo semestre del 2020, si sono portate nettamente al di sopra dei valori pre-crisi. La cantieristica, in presenza di una dinamica degli ordini meno vivace rispetto al 2019, ha comunque mantenuto il pieno utilizzo della capacità produttiva. I risultati del sondaggio autunnale della Banca d'Italia, riferiti ai primi tre trimestri dell'anno in corso, confermano una decisa ripresa dell'attività economica nell'industria, nonostante le difficoltà incontrate dalla

³ ANAC, *Piano Nazionale Anticorruzione 2019 – Documento in consultazione*, 2019, Allegato 1, p. 8.

maggioranza delle imprese nell'approvvigionamento di input produttivi. Le imprese prevedono una ulteriore espansione delle vendite e degli investimenti nei prossimi sei mesi.

Le costruzioni hanno contribuito alla crescita dei livelli di attività e gli scambi sul mercato immobiliare hanno mostrato un marcato recupero. La ripresa si è estesa anche ai servizi, sebbene in misura più contenuta. Tra questi, il settore turistico, che aveva fortemente sofferto per le conseguenze dell'emergenza sanitaria, ha beneficiato di un parziale recupero delle presenze nel primo semestre del 2021, che tuttavia sono rimaste molto al di sotto del periodo pre-pandemia, soprattutto quelle dei visitatori stranieri. La movimentazione portuale invece, al netto dei flussi petroliferi, si è stabilizzata su livelli storicamente elevati.

Nell'anno in corso la liquidità delle imprese è rimasta molto elevata, anche in un contesto di ripresa degli investimenti. L'elevata liquidità è stata sostenuta dall'aumento delle vendite e da un ricorso al credito ancora considerevole, seppur in rallentamento da giugno.

Nella prima parte dell'anno i segnali di miglioramento delle condizioni del mercato del lavoro si sono rafforzati, in connessione alla progressiva rimozione dei vincoli alle attività economiche legati alla pandemia. Nonostante un'ulteriore lieve diminuzione degli occupati nel primo semestre, le attivazioni nette di rapporti di lavoro dipendente nei primi otto mesi del 2021 hanno superato i livelli del 2019: sono state in gran parte a tempo determinato e si sono concentrate nel terziario, in particolare nel comparto turistico. Vanno segnalate, tuttavia, le criticità nel commercio all'ingrosso e al dettaglio (-7,8% nel 2019). Il ricorso agli strumenti di integrazione salariale si è fortemente ridotto, collocandosi tuttavia su livelli molto più elevati rispetto al periodo pre-pandemico. Il tasso di disoccupazione, calato lo scorso anno a seguito del crollo della ricerca attiva di lavoro per le restrizioni alla mobilità, è previsto aumentare, complici anche inevitabili processi di ristrutturazione aziendale e di ricomposizione settoriale.

Tuttavia, la domanda di lavoro in FVG continua a crescere, in linea con la crescita del Pil (oltre il 5% su base annua): le assunzioni nei primi 9 mesi di quest'anno sono del +25,4% rispetto al 2020 e del -1,5% sul valore del 2019. L'aumento della domanda di lavoro è trainata dal settore delle costruzioni (+37,7% rispetto al 2020, +5,4% rispetto al 2019), e dal relativo indotto, nonché dalle attività manifatturiere (+40,3% rispetto al 2020, -1,3% rispetto al 2019). In crescita rispetto al 2019 le assunzioni nelle attività di noleggio, agenzie di viaggio e supporto dalle imprese, ancora elevate le quote di assunzioni nella sanità e assistenza sociale (+8,3% rispetto al 2019). I dati delle assunzioni convergono con lo scenario disegnato dal sistema informativo *Excelsior-Unioncamere*: le previsioni di assunzione nel periodo ottobre-dicembre 2021 sono in crescita⁴.

La ripresa dei consumi delle famiglie ha in minima parte compensato la caduta dell'anno precedente. Vi ha contribuito il progresso della campagna vaccinale, che ha consentito una maggiore mobilità e una graduale ripresa degli acquisti.

Alla fine del primo semestre del 2021 la crescita dei prestiti bancari alle imprese regionali ha iniziato a ridursi, dopo la forte espansione legata alla crisi pandemica. I prestiti alle famiglie residenti in regione sono invece tornati ad aumentare. La qualità dei prestiti concessi da banche

⁴ Regione FVG, *Osservatorio regionale sul mercato e le politiche del lavoro – Il mercato del lavoro in FVG gennaio-settembre 2021*.

e società finanziarie alla clientela residente in regione è rimasta stabile grazie anche al progressivo miglioramento delle condizioni economiche e per effetto delle misure governative di sostegno al credito. Il flusso semestrale dei nuovi mutui per l'acquisto di abitazioni ha mostrato un forte aumento e il credito al consumo ha ripreso a crescere, sia pure in misura lieve. I depositi bancari delle famiglie, che alla fine del 2020 avevano raggiunto livelli molto elevati a causa della pandemia, hanno rallentato la loro espansione.

In Friuli Venezia Giulia nel 2020 le nascite sono state 7.400 circa, in calo dello 0,8% rispetto all'anno precedente, mentre i decessi, 16.600, hanno registrato un balzo del +16,1% rispetto al 2019, con una dinamica naturale negativa di 9.200 unità.

L'impatto del Covid ha, pertanto, accelerato il decremento demografico in atto dal 2010.

La popolazione regionale il 1° gennaio 2021 si è attestata a 1.198.800, con un calo annuale del 6,2 per mille. Per le nascite si sta registrando da molti anni una riduzione costante: nel 2007 i nati furono 10.503. Nel 2020 si sono, pertanto, avuti il 30% in meno di nati rispetto a 13 anni fa. Il clima di incertezza e di paura che si è avuto durante la pandemia con gli inevitabili riflessi sulla natalità appare ancora più evidente dall'analisi dei dati mensili. Nel bimestre dicembre 2020 – gennaio 2021 in FVG si è registrato un calo del 16,8% delle nascite rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

L'analisi di quanto esposto fin qui va ad evidenziare le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale ARCS si trova ad operare, caratteristiche che non è in grado di influenzare o su cui ha ben poca influenza. Tali dati e informazioni, tuttavia, consentono all'Amministrazione un'estrazione di elementi utili ai fini della gestione del rischio corruttivo.

ANALISI PESTEL

Per una più completa ed efficace analisi degli scenari in relazione alla gestione del rischio corruttivo, si è ritenuto di integrare l'analisi del contesto esterno con la c.d. analisi PESTEL (considera questioni politiche, economiche, sociali, tecnologiche, ambientali e legali).

Definizione degli elementi di analisi:

- prospettiva politica (P)
- prospettiva economica (E)
- prospettiva sociale (S)
- prospettiva tecnologica (T)
- prospettiva ambientale (E)
- prospettiva legale (L)
- prospettiva etica

L'analisi PESTEL (analisi di scenario) è una metodologia che si basa sull'analisi di alcune variabili macro-ambientali, ossia quelle sulle quali l'organizzazione non può intervenire, ma che formano il quadro all'interno del quale essa agisce, il cui fine è di individuare quali di esse possano essere rilevanti nel processo decisionale, nelle scelte strategiche ed operative dell'organizzazione.

Per ciascuna di tali variabili, occorre identificare i fattori chiave, ovvero, nell’ambito della gestione del rischio di corruzione, quelle situazioni, condizioni, dinamiche che possono attivare opportunità di corruzione o generare e legittimare motivazioni a compiere comportamenti non integri o illeciti.

Lo scopo dell'analisi PESTEL è identificare i problemi che soddisfano due criteri chiave:

- sono al di fuori del controllo della tua organizzazione
- avranno un certo livello di impatto su di esso

Analisi PESTEL di ARCS	
<p><i>L'analisi PESTEL (analisi di scenario) è una metodologia che si basa sull'analisi di alcune variabili macro-ambientali del contesto in cui opera l'ente, il cui fine è di individuare quali di esse possano essere rilevanti nel processo decisionale, nelle scelte strategiche ed operative</i></p>	
POLITICA	<p>La crisi pandemica dell'ultimo periodo, ha messo in crisi tutto il sistema sanitario nazionale e regionale e, soprattutto quest'ultimo, ha pagato serie conseguenze dal punto di vista strutturale e organizzativo. Nonostante le politiche avviate negli ultimi anni, si è comunque manifestata l'impossibilità di gestire rapidamente ed efficacemente le richieste di trattamento sanitario legate all'emergenza epidemiologica da Covid 19. La Regione FVG, per affrontare la pandemia, ha provveduto alla riorganizzazione dei presidi ospedalieri e dei servizi in contesti ad alta vulnerabilità, quali le case di cure per anziani, le residenze per disabili. A tal proposito gruppi di professionisti, delle aziende sanitarie e della Regione, hanno elaborato una serie di documenti con le linee di indirizzo sanitario ed organizzative per affrontare la pandemia. Per fronteggiare il forte incremento delle chiamate, la centrale NUE 112 è stata potenziata con la presenza di personale infermieristico opportunamente formato, con possibilità di consulenza con le Strutture di Infettivologia della Regione.</p> <p>In continuità con le attività già svolte per far fronte all'emergenza sanitaria epidemiologica Covid-19 secondo quanto previsto nei piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale e di quella ospedaliera approvati nell'anno 2020, si prosegue nello sviluppo e rafforzamento delle attività già orientate alla gestione dell'epidemia.</p> <p>Si prosegue nella riorganizzazione dei servizi ospedalieri e nel rafforzamento dell'assistenza integrata territoriale attivando le modalità e le strutture organizzative e operative del modello disegnato dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).</p>
ECONOMIA	<p>Nel corso del 2021 i è registrata una forte ripresa dell'attività economica in Friuli Venezia Giulia; i consumi di beni e servizi delle famiglie hanno</p>

	<p>mostrato una lieve ripresa, in connessione con l'aumento della mobilità; si sono rinforzati i segnali positivi nelle condizioni del mercato del lavoro, grazie ai progressi della campagna vaccinale e alla graduale rimozione dei vincoli alle attività economiche introdotti per contenere la diffusione dell'epidemia. Nei primi otto mesi dell'anno il saldo delle attivazioni di contratti di lavoro dipendente ha superato quello pre-pandemico (positivo per circa 14.500 posizioni; circa 13.700 negli stessi mesi del 2019), riguardando però in gran parte posizioni a tempo determinato; quelle a tempo indeterminato hanno mostrato un saldo pressoché nullo. Vi ha contribuito il recupero in tutti i principali settori e, in misura più accentuata, nel turismo. Si è ridotto il ricorso alle misure di integrazione salariale: nei primi nove mesi dell'anno, il totale delle ore autorizzate di Cassa integrazione guadagni (CIG) e dei Fondi di integrazione salariale (FIS) è diminuito del 43,4 per cento, pur restando su valori ampiamente superiori a quelli precedenti la pandemia. In termini di occupati equivalenti, le ore autorizzate hanno rappresentato il 14,1 per cento dell'occupazione dipendente regionale (11,0 per cento in Italia).</p>
<p>SOCIETÀ</p>	<p>La popolazione regionale il 1° gennaio 2021 si è attestata a 1.198.800, con un calo annuale del 6,2 per mille. Per le nascite si sta registrando da molti anni una riduzione costante: nel 2007 i nati furono 10.503. Nel 2020 si sono, pertanto, avuti il 30% in meno di nati rispetto a 13 anni fa. Il clima di incertezza e di paura che si è avuto durante la pandemia con gli inevitabili riflessi sulla natalità appare ancora più evidente dall'analisi dei dati mensili. Nel bimestre dicembre 2020 – gennaio 2021 in FVG si è registrato un calo del 16,8% delle nascite rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.</p>
<p>TECNOLOGIA</p>	<p>Si attestano a 249 le <i>start-up</i> innovative a giugno 2021 e il FVG rimane tra le regioni (la seconda) con la più elevata incidenza di startup innovative sul totale delle nuove società di capitali della regione: 5,39% contro una media nazionale pari a 3,36%. Trieste si conferma, dopo Trento, la provincia con la più alta densità di start-up (6,39%). Il 66,8% delle <i>start-up</i> innovative fornisce servizi, in particolare produzione di software e consulenza informatica (35,2%), ricerca scientifica e sviluppo (11,1%) e servizi d'informazione (10,2%). Il 30,3% opera nei settori dell'industria in senso stretto, soprattutto nella fabbricazione di macchinari e apparecchiature e nella fabbricazione di computer e prodotti elettronici e ottici.</p> <p>A maggio 2021 le imprese che hanno stipulato un contratto di rete per innovare e competere sul mercato attraverso un "contratto" sono 2.009 (256 in più rispetto ad un anno prima), ovvero 199 ogni 10 mila imprese con sede in regione rispetto ad una media nazionale di 65, il valore più alto d'Italia. Tra i settori di attività prevalente emergono l'agricoltura e la pesca, l'industria e l'artigianato.</p> <p>Nell'ambito delle analisi condotte dalla Commissione Europea per la valutazione comparativa del rendimento dei sistemi di innovazione regionali (<i>Innovation Scorebord</i> 2019), il FVG si colloca, unica tra le italiane,</p>

	<p>nel gruppo delle regioni “fortemente innovatrici” in un contesto nazionale definito come “innovatore moderato”. Tra gli aspetti che maggiormente qualificano il territorio regionale in termini di innovazione e competitività si confermano la produzione scientifica e le risorse pubbliche impiegate in R&S in rapporto al PIL, nonché la registrazione di marchi e modelli.</p>
<p>LEGALE</p>	<p>L’emergenza sanitaria, tuttora in corso, ha determinato pesantissime ripercussioni sul piano socio-economico. In particolare, le fasce più deboli, le piccole e medie imprese, i settori della ristorazione, del commercio e del turismo hanno dovuto fronteggiare improvvise ed eccezionali pressioni sul fronte delle disponibilità finanziarie, entrando in una profonda crisi di liquidità di non facile superamento.</p> <p>Il crollo dell’economia “emersa e lecita” innescato dalla pandemia apre varchi sempre più ampi e numerosi proprio a favore di attività illecite.</p> <p>L’Osservatorio Regionale Antimafia ha seguito, con particolare attenzione, l’evolvere della situazione, rimanendo costantemente impegnato nell’attività di monitoraggio sui temi di competenza e segnalando il manifestarsi delle criticità, seguendo con specifico interesse gli sviluppi dell’emergenza sanitaria ed economica.</p> <p>Un ulteriore aspetto preoccupante riguarda la specifica infiltrazione delle mafie negli appalti pubblici sanitari, in quelli relativi alla fornitura di dispositivi di protezione e, in seguito, nel <i>green economy</i>, una volta supportata dagli investimenti finanziari derivanti dalle misure europee.</p> <p>La Procura regionale riferisce, in tendenza all’ultimo biennio, dell’aumento del numero delle informazioni di danno. Ciò attesta la presenza di disfunzioni e patologie (dovute a comportamenti posti in essere anche in anni precedenti) e, insieme, il bisogno crescente di sana amministrazione e di interesse, da parte di soggetti pubblici e privati, all’intervento della Procura.</p> <p>Le tipologie di fattispecie dannose denunciate si pongono in linea di continuità rispetto agli anni precedenti. Ad esse si sono aggiunte informazioni anche relative alla gestione della fase emergenziale sanitaria.</p> <p>Nel 2021 è continuata la collaborazione tra l’Amministrazione regionale e il Ministero della Giustizia, con il fine di mettere a disposizione del Tribunale il personale regionale, attivare l’interscambio di esperienze e apporti conoscitivi, fornire supporto e assistenza per il potenziamento tecnologico.</p> <p>La Regione ha, in questo modo, contribuito ad affrontare le difficoltà penalizzanti l’apparato organizzativo del sistema giudiziario, partendo da un principio che vede nella collaborazione tra le istituzioni locali e le articolazioni dello Stato, un modello necessario per superare quegli ostacoli che rischiano di ripercuotersi sulla vita dei cittadini. L’intesa ha dato modo di migliorare l’organizzazione amministrativa e contabile degli uffici giudiziari del distretto di Corte d’Appello, prevedendo intese e iniziative comuni, disciplinando i rapporti di reciproco sostegno e cooperazione e riservando un’attenzione particolare all’esercizio della giurisdizione nel</p>

	<p>settore relativo ai minori, alla formazione e all'aggiornamento del personale e alle difficoltà di volta in volta espresse dalle peculiari realtà del territorio. In tema di risorse umane la Regione, ha messo a disposizione degli uffici giudiziari, proprio personale di ruolo con profilo professionale amministrativo, economico e tecnico, sopperendo così alle esigenze manifestate dal sistema giudiziario e supportando in particolare il lavoro della sezione specializzata in materia di immigrazione, protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea, istituita presso il Tribunale di Trieste e preposta a seguire i procedimenti legati al riconoscimento della protezione internazionale. L'Amministrazione regionale ha, inoltre, contribuito al potenziamento degli uffici giudiziari anche sotto il profilo tecnologico e informatico, fornendo non solo materiale, attrezzature tecniche e software, ma trasferendo modelli organizzativi e di gestione e soluzioni applicative e di interoperabilità, nel rispetto dei rispettivi piani di sviluppo. Ha provveduto all'adozione di specifici progetti educativi mirati ai giovani per diffondere una cultura della legalità anche attraverso interventi mirati nelle scuole, a favorire l'avvicinamento di neolaureati al mondo giudiziario e a sostenere percorsi formativi di aggiornamento dell'Avvocatura per soddisfare le eventuali richieste specialistiche.</p>
<p>AMBIENTE</p>	<p>Non bisogna in alcun momento dimenticare che i beni ambientali sono beni pubblici per eccellenza e che i costi sostenuti per difendere l'ambiente vanno a vantaggio di tutti. Le politiche e in primis la Politica hanno un ruolo essenziale da svolgere, devono orientare i comportamenti per ricomporre la contrapposizione tra sviluppo economico e tutela dell'ambiente. Fondamentale è la collaborazione tra livelli diversi di amministrazione e governo. Fondamentali sono i comportamenti di tutti e in particolar modo essenziali sono la consapevolezza e l'impegno dei cittadini.</p> <p>Il Rapporto sullo Stato dell'Ambiente (RSA) di ARPA FVG offre elementi oggettivi di valutazione delle policy ambientali perseguite in questi anni dal Sistema pubblico nazionale, regionale e locale, nonché consente di supportare le politiche ambientali e climatiche della Regione e di fornire un panorama completo e aggiornato capace di sostenere i decisori politici e di informare i cittadini e i portatori di interesse. Offre dunque importanti elementi di valutazione per il governo della regione e per le politiche ambientali da sviluppare e consolidare.</p> <p>Passaggio fondamentale di questi anni è stato l'approvazione di importanti documenti programmatici, quali strumenti di pianificazione regionale e gestione del territorio, strumenti fondamentali anche per la pianificazione delle azioni in campo ambientale.</p> <p>La Regione FVG ha posto in essere strumenti di pianificazione territoriale generale e di gestione del territorio, tra cui il Piano di Governo del Territorio (PGT), il Piano Paesaggistico Regionale (PPR-FVG) con lo scopo di integrare</p>

	<p>la tutela e la valorizzazione del paesaggio nei processi di trasformazione territoriale anche nell'ottica della competitività economica regionale.</p> <p>La pandemia, inoltre, a portato l'urgenza di cambiare in fretta e, improvvisamente i grandi temi ambientali sono all'ordine del giorno e diventano i "sogni" del <i>recovery fund</i> (o meglio <i>Next generation Eu</i>).</p> <p>Nel 2020 inoltre è stato avviato il progetto nazionale Pulviris, un'alleanza scientifica fra ENEA, Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA, composto da ISPRA e dalle Agenzie Regionali del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente), con l'obiettivo di fornire risposte a istituzioni e cittadini sulla base di dati scientifici in tema di inquinamento atmosferico e Covid - 19.</p>
<p>ETICA</p>	<p>La funzione pubblica è depositaria della fiducia del pubblico. I cittadini contano sull'impegno dei funzionari ad operare per l'interesse generale, dimostrando imparzialità e amministrando quotidianamente le risorse pubbliche in modo appropriato. L'epidemia di COVID-19 porta con sé molte aree di non conoscenza che impediscono di rispondere in modo efficace alle sfide poste dall'evento pandemico. È indispensabile il supporto delle regole deontologiche e, <i>in primis</i>, dell'etica. Proprio per rispondere alla diversa situazione culturale che mette a confronto professionisti e cittadini, l'etica della cura si è andata modificando. All'unico principio tradizionale – fare il bene del paziente, deciso dal medico in scienza e coscienza – si sono aggiunti due principi: il rispetto dell'autodeterminazione della persona malata, che richiede informazione e coinvolgimento nelle scelte, e il principio dell'equità nella ripartizione delle risorse, senza discriminazioni. Importante è il ruolo rivestito dai CE, che nel contesto dell'emergenza COVID-19, ha il compito di indirizzare i cittadini verso scelte consapevoli e coadiuvare il sistema sanitario nelle decisioni volte a garantire la salute e la sostenibilità sociale.</p>

CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere il sistema delle responsabilità e il livello di complessità dell'Amministrazione.

ARCS assicura, in favore della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, compiti di carattere tecnico specialistico per la definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociosanitaria. Ad ARCS è attribuito il processo di programmazione gestionale attuativa, mediante la quale esprime le modalità e gli strumenti da utilizzare per il raggiungimento degli obiettivi definiti dal livello decisionale; il processo decisionale di questo livello si esprime in un insieme di decisioni e di azioni in considerazione di valutazioni tecnico specialistiche atte ad accompagnare gli Enti del Servizio Sanitario Regionale verso il fine predeterminato, tenendo conto delle priorità e delle risorse disponibili. ARCS assicura inoltre la centralizzazione di alcune funzioni e servizi di

supporto alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale in un'ottica non solo di efficientamento del sistema, ma anche di omogeneità di comportamenti e di servizi/funzioni erogate.

ARCS, per finalità istituzionali assegnate, si raffigura in un triplice ruolo:

- di supporto al livello politico istituzionale per le scelte strategiche;
- di trasferimento delle scelte strategiche in programmazione attuativa e successivo coordinamento delle Aziende nella sua realizzazione;
- di erogatore di servizi accentrati sia di natura sanitaria che tecnico-amministrativi.

ARCS, operando come elemento di congiunzione tra il momento politico-strategico e livello operativo aziendale, assicura un governo coordinato, orientato e sostenibile del Sistema Sanitario Regionale nell'ottica di fornire la massima aderenza dell'offerta ai bisogni della popolazione, in un quadro di continua evoluzione tecnologica e organizzativa. In tale contesto ARCS punta a diventare un'organizzazione solida e duratura, punto di riferimento per l'intero sistema regionale, non suscettibile a modifiche degli assetti istituzionali.

La *mission* affidata ad ARCS è identificabile in tre distinte funzioni:

- supporto tecnico alla Direzione regionale Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità (DCS) per la definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociosanitaria;
- coordinamento degli Enti del SSR ai quali trasferisce le scelte strategiche regionali in materia di programmazione attuativa e monitoraggio nella loro realizzazione;
- erogazione di alcuni servizi accentrati di natura amministrativa, sanitaria, sociosanitaria, tecnica e logistica.

La realizzazione del proprio progetto strategico si avrà attraverso:

- la gestione diretta di attività sanitarie e di attività tecnico amministrative centralizzate;
- il coordinamento di attività sanitarie e di attività tecnico amministrative su base regionale;
- la costituzione e il coordinamento di reti;
- uno stimolo costante all'innovazione, e allo sviluppo tecnologico e del know-how;
- lo sviluppo delle professionalità con particolare riferimento al *middle management* e la formazione continua.

Con il termine *vision* si intende la proiezione dello scenario che l'Azienda vuole "vedere" nel futuro e che rispecchia i suoi valori, i suoi ideali e le sue aspirazioni generali. La *vision* non è un concetto astratto, ma molto concreto poiché è proprio grazie alla "visione" che si possono perseguire i più importanti obiettivi.

I principi cardine che ispirano e condizionano il modo di agire di ARCS e dei dipendenti (*value statement*) all'interno della visione e della missione dichiarati sono:

Ambiente

L'Azienda salvaguarda l'ambiente in cui opera, investe per ridurre i consumi e i rifiuti, rende efficienti gli edifici del proprio patrimonio immobiliare ed è attenta al decoro delle strutture proprie o in utilizzo. Infine, adotta soluzioni organizzative che riducono l'impatto ambientale dell'intero SSR.

Appartenenza

Il personale si sente parte attiva dell'organizzazione, condivide valori, linguaggi e comportamenti, collabora alle scelte e le applica, crea un ambiente di lavoro sano, sereno e stimolante, capace di esaltare le potenzialità di ognuno e attrarre professionisti; l'azienda è inserita nel tessuto sociale del territorio regionale e opera per migliorarlo.

Appropriatezza

I percorsi assistenziali dei pazienti sono individuati nel rispetto delle linee guida nazionali e/o internazionali disponibili, affinché le prestazioni siano erogate se e quando previste e non vengono inutilmente ripetute, anche con l'obiettivo che i professionisti del SSR superino i comportamenti di medicina difensiva.

Competenza

L'Azienda consente a ognuno di migliorarsi attraverso l'aggiornamento professionale, la formazione sul campo e il confronto, per perseguire il giusto equilibrio fra sapere, saper fare e saper essere.

Eccellenza

Management aziendale, dirigenti, professionisti e tutti i collaboratori operano secondo parametri di qualità accettati internazionalmente, favoriscono la ricerca, sostengono l'insegnamento e promuovono l'innovazione e lo sviluppo attraverso il miglioramento continuo dei processi produttivi e la responsabilizzazione delle persone.

Efficacia

Management e personale aziendale mettono in campo interventi e azioni orientate al raggiungimento degli obiettivi che l'azienda si è prefissata. Tutti si adoperano affinché l'organizzazione del SSR metta gli Enti nelle condizioni di ottenere i migliori risultati possibili nei trattamenti dei pazienti.

Efficienza

La rivisitazione costante dei modelli organizzativi, con l'intento di superare gli sprechi e la frammentazione, permette di razionalizzare l'erogazione dei servizi e recuperare risorse da destinare allo sviluppo di funzioni più utili ai cittadini. Efficienza è riuscire a concretizzare le buone idee e semplificare.

Equità

ARCS si adopera affinché gli Enti del SSR si organizzino assicurando ai cittadini pari opportunità d'accesso ai servizi e agli strumenti che il SSR mette a disposizione. Nella distribuzione delle risorse, l'Azienda scoraggia con fermezza ogni tentativo di prevaricazione da parte dei singoli professionisti, associazioni o gruppi di pressione.

Integrazione

Le attività di ARCS richiedono integrazione operativa fra le strutture; l'Azione di coordinamento svolta verso gli altri Enti del SSR e quella di supporto tecnico svolta nei confronti della DCS richiedono integrazione professionale, organizzativa e istituzionale. Tutti gli operatori dell'Azienda sono consapevoli del delicato ruolo di raccordo che ricoprono.

Legalità

Il rispetto della legalità, come indice di rettitudine di sistema, è il prerequisito irrinunciabile di ogni azione. L'Azienda opera nel rispetto delle norme vigenti e ogni operatore assicura la correttezza individuale e si adopera, in base alla funzione ricoperta, per segnalare o superare le situazioni potenzialmente illegittime.

Relazione

I rapporti tra gli operatori sono tenuti nel rispetto dei ruoli, delle competenze di ognuno e delle opinioni altrui, è stimolato l'approccio multi-disciplinare e multi-professionale e sono ricercati stili di comunicazione appropriati ed efficaci; l'Azienda è attenta agli utenti e ricerca sinergie con le altre aziende, le istituzioni, gli attori sociali ed economici e i cittadini.

Responsabilità

Le persone o i gruppi che operano all'interno dell'Azienda sono responsabili del proprio agire, rendono conto delle proprie azioni e sono affidabili, cioè capaci di rispettare agli impegni presi in ragione delle competenze disponibili. Ognuno è anche consapevole della responsabilità che si assume nel non agire ed evita di eludere le proprie responsabilità utilizzando interpretazioni ingiustificatamente restrittive delle norme.

Sicurezza

L'Azienda garantisce la sicurezza del personale attraverso azioni e investimenti tesi a migliorare le condizioni di lavoro; la sicurezza degli utenti è ottenuta attraverso la continua revisione dei processi con il fine di migliorare i servizi, prevenire gli errori, o minimizzare gli effetti, e tendere ai massimi livelli di qualità.

Territorialità

L'Azienda è attenta al territorio per il quale assicura le funzioni distribuendole con il giusto equilibrio fra centralizzazione e decentramento. Gli appalti dei servizi sono impostati in modo da produrre adeguate ricadute nell'occupazione e nell'utilizzo, per quanto possibile, dei prodotti locali.

Trasparenza

Gli atti amministrativi e le comunicazioni favoriscono rapporti corretti con gli operatori, l'utenza e i fornitori di servizi; ogni individuo o altro portatore di interesse è messo nelle condizioni di effettuare scelte consapevoli. *Management* e personale dell'Azienda rende conto in modo trasparente del proprio operato.

Umanità

L'Azienda pone al centro delle sue azioni la persona, valorizza l'unicità di ogni individuo, garantisce pari opportunità, evita ogni forma di discriminazione e rispetta i valori, i credo religiosi, le differenze di genere e la cultura di appartenenza.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI ARCS

Le attività attribuite ad ARCS dalla LR 27/2018, oltre a quelle ereditate dal precedente ente EGAS, sono di seguito riepilogate:

- Acquisti centralizzati per il Servizio Sanitario Regionale;
- Acquisti centralizzati per la Direzione Regionale;
- Gestione accentrata di funzioni amministrative;
- Gestione assicurativa dei rischi centralizzata;
- Misurazione esiti;
- *Health Technology Assessment*;
- Valutazione degli investimenti;
- Reti cliniche e PDTA;
- Rischio clinico e progetto cure sicure;
- Formazione e valorizzazione delle competenze;
- Gestione delle tecnologie;
- Sistema informativo e informatico regionale;
- Flussi ministeriali;
- Osservatorio epidemiologico regionale;
- Monitoraggio e vigilanza delle Aziende;
- Gestione Sanitaria Accentrata (GSA);
- Analisi e valutazione per pianificazione regionale (programmazione e controllo);
- Attività di supporto tecnico alle decisioni regionali in materia sanitaria;
- Attività sanitarie a gestione diretta: Emergenze extra ospedaliere – 118;
- CUP;
- Centro regionale trapianti;
- Programmi di screening.

Le attività sopra elencate sono state aggregate per funzioni omogenee sulla base di due criteri:

- destinatari delle funzioni (*Utenti*, intesi sia come pazienti che come operatori del SSR; *Aziende del SSR e livello politico istituzionale*)
- tipologia di prodotto e/o tecnologia utilizzata (Indirizzo e controllo; Atti e procedimenti amministrativi; Servizi).

L'aggregazione delle funzioni descritte ha permesso di progettare il funzionigramma, sulla base del quale è stato in seguito sviluppato l'organigramma, seguendo una logica di aree omogenee di "mandato". Le macro funzioni identificate sono pertanto le seguenti:

- Funzioni di governo dell'Azienda;
- Funzioni tecnico amministrative di supporto e funzioni di staff;
- Funzioni di "produzione/erogazione".

L'Azienda attua i principi, di cui al d.lgs. 165/2001, della distinzione tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, in capo agli ordini di governo, e le funzioni di

organizzazione e gestione, in capo alla dirigenza e ai vari livelli operativi. Per tale motivo l'Azienda si compone e si avvale di:

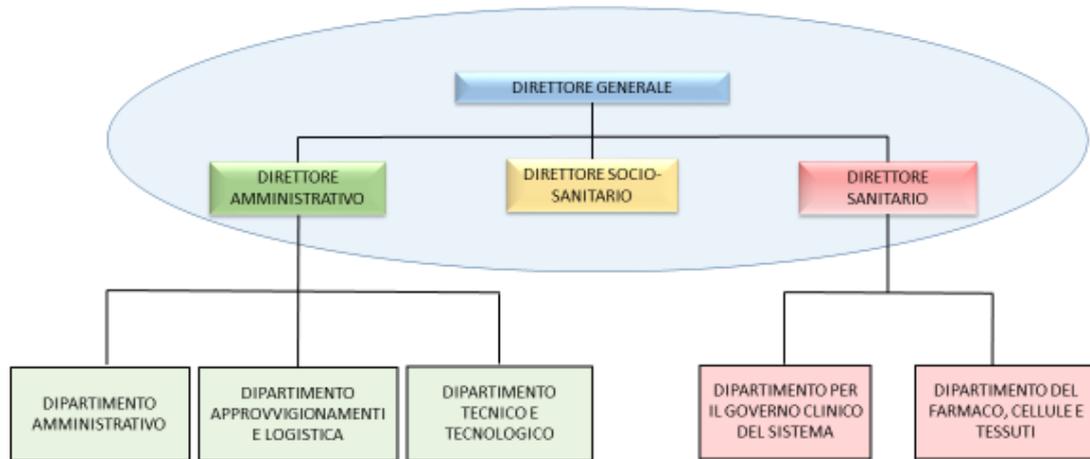
- organi istituzionali;
- organismi collegiali;
- direzione strategica;
- strutture sanitarie;
- strutture amministrative;
- strutture tecniche.

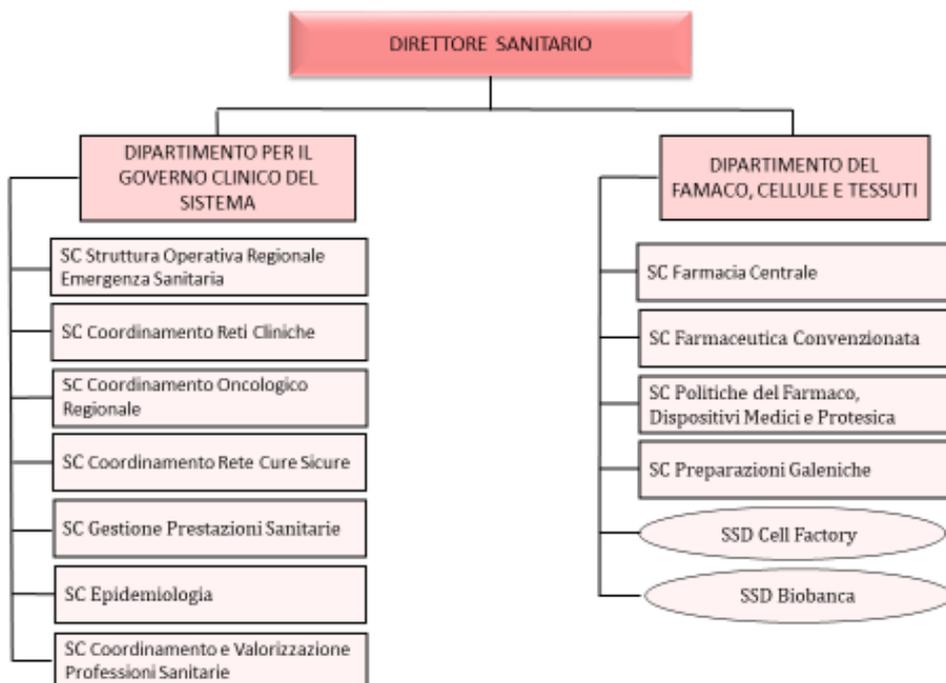
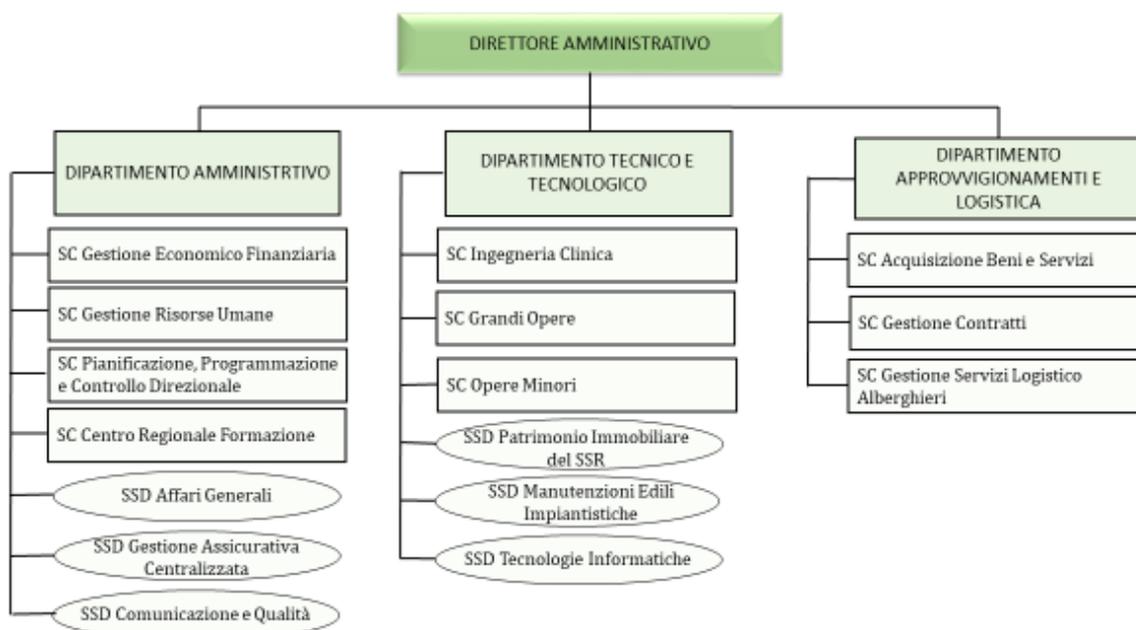
ARCS gestisce le attività secondo il modello dell'organizzazione per processi, intesi quali sequenza di attività interconnesse finalizzate alla realizzazione degli obiettivi definiti.

Le funzioni aziendali (sanitarie, amministrative o tecniche) sono assicurate da unità organizzative, consistenti in nuclei operativi al capo dei quali è prevista la presenza di un direttore o di un responsabile, eventualmente aggregate in dipartimenti o piattaforme.

L'Atto Aziendale disegna l'organizzazione e le articolazioni di governo dell'Azienda, ossia le principali funzioni da essa svolte.

Di seguito si riporta l'organigramma di ARCS.





La dotazione organica di riferimento dell’Azienda, dal 2017 al 2021, è la seguente:

Dotazione organica							
ruolo	area contrattuale	Profilo	31.12.2017	31.12.2018	31.12.2019	31.12.2020	31.12.2021
Amministrativo	Comparto	Assistente Amministrativo	35	55	53	52	48
		Coadiutore Amministrativo	1	1	1	1	1
		Coadiutore Amministrativo Senior	2	2	2	2	2
		Collab. Amm.vo-Professionale	17	21	25	28	34
		Collab. Amm.vo-Profes. Senior	7	7	7	7	4
	Dirigenza	Direttori Amministrativi	11	11	11	15	18
Prof	Dirigenza	Dirigente Ingegnere	2	2	3	4	5
Sanitario	Comparto	Collab. Profes. San. - Infermiere	38	46	43	48	48
		Collab. Profes. San. - Tec. Neurofisiop.	1	1	1	1	1
		Collab. Profes. San. - Logopedista			1	1	0
		Collab. Profes. San. Senior			1	2	2
	Dirigenza	Dirigente Farmacista	6	6	6	7	6
		Dirigente Professioni Sanitarie		1	1	1	1
		Dirigente Medico	4	4	5	5	3
Tecnico	Comparto	Collaboratore Tecnico -Professionale	1	2	4	5	7
		Assistente Tecnico			0	1	1
		Operatore Socio Sanitario			1	2	2
	Dirigenza	Dirigente Sociologo	1	1	1	1	1
		Dirigente Analista	1	1	1	1	1
		Dirigente Statistico		1	1	1	1
totale			127	162	168	185	186

Tabella dotazione organica: il dato comprende il personale comandato a tempo pieno ma non il personale somministrato

In questo contesto amministrativo in profonda evoluzione, sia da un punto di vista oggettivo che soggettivo, occorre, quindi, evidenziare come si articolino i ruoli soggettivi, gli obiettivi e le responsabilità nel processo di elaborazione del PTPCT.

Diverse sono le figure che necessariamente devono intervenire nel processo di formazione e attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

SOGGETTI COINVOLTI NELL'ELABORAZIONE DEL PTPCT

Alla prevenzione e al contrasto alla corruzione concorrono, necessariamente, una pluralità di attori istituzionali, ciascuno nell'ambito dello specifico ruolo.

Il primo tassello nella strategia di prevenzione della corruzione e nel processo di elaborazione del PTPCT riguarda la nomina del [Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza \(RPCT\)](#), soggetto titolare in esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) del potere di predisposizione e di proposta del PTPCT all'organo di indirizzo. Al momento di adozione del presente PTPCT risulta nominato il dott. Alessandro Camarda, dirigente amministrativo della SSD Affari generali.

Il Responsabile esercita i compiti attribuiti dalla legge e dal presente Piano, e in particolare:

- elabora la proposta del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed i successivi aggiornamenti da sottoporre, per la successiva adozione, all'organo di indirizzo politico;

- verifica l'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità e propone la modifica dello stesso in caso di accertate significative violazioni o quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda;
- verifica, d'intesa con i Dirigenti competenti, le condizioni organizzative per l'effettuazione della rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività più esposte a rischi corruttivi;
- individua di concerto con i Responsabili di struttura, il personale da inserire nei programmi di formazione;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- elabora entro il 31 gennaio la relazione annuale sull'attività anticorruzione svolta nell'anno precedente e ne assicura la pubblicazione;
- provvede a intrattenere i rapporti con l'OIV in relazione alle competenze assegnate relative all'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

L'organo di indirizzo politico-amministrativo è tenuto a:

- nominare il RPCT e assicurare che lo stesso disponga di funzioni e poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;
- definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario del PTPCT e gli obiettivi strategici che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale;
- adottare il PTPCT e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Particolare attenzione deve essere posta ad assicurare un pieno coinvolgimento e partecipazione dei **titolari degli uffici di diretta collaborazione e dei titolari di incarichi amministrativi di vertice**. Queste figure svolgono un ruolo chiave per il successo delle politiche di prevenzione della corruzione, in quanto il PTPCT è elaborato con la piena collaborazione e l'attiva partecipazione di tali figure, in termini di contributo conoscitivo al PTPCT e di diretta responsabilità per gli atti compiuti a supporto dell'opera degli organi di indirizzo.

I **responsabili degli uffici**: svolgono attività formativa nei confronti del RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'Azienda ovvero il costante monitoraggio sull'attività svolta;

- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio nell'ambito dei settori di rispettiva competenza;
- concorrono attivamente alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti degli uffici cui sono preposti;

- facilitano i flussi informativi da/verso il Responsabile;
- vigilano sull'applicazione del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale addetto alle attività maggiormente a rischio laddove la rotazione sia possibile.

I dirigenti sono, infatti, i soggetti più qualificati ad identificare le misure di prevenzione che maggiormente si attagliano alla fisionomia dei rispettivi processi. Le misure di prevenzione costituiscono, tra l'altro, parte integrante degli obiettivi dirigenziali cui è subordinata l'indennità di risultato.

Al fine di incrementare l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza all'interno di ARCS è stata costituita, come per il 2019, [la rete dei referenti anticorruzione/trasparenza](#), tenuto conto dell'implementazione delle attività e degli ambiti funzionali di cui al nuovo Atto aziendale, con personale in rappresentanza di tutte le strutture interessate. I referenti, per l'area di rispettiva competenza, assicurano coordinamento e supporto alla strategia aziendale in tema di anticorruzione, trasparenza, etica e legalità mediante attività informativa, di raccordo nonché di costante monitoraggio della strategia stessa da parte delle strutture di riferimento.

Di seguito si illustra la rete dei referenti per la prevenzione della corruzione/trasparenza di ARCS:

Rete referenti anticorruzione e trasparenza		
STRUTTURA	REFERENTE ANTICORRUZIONE	REFERENTE TRASPARENZA
SC Gestione Economico Finanziaria	Michele Bregant	Bettina Marangoni
SC Gestione Risorse Umane	Dante Cinello	Dante Cinello
SC Pianificazione, Programmazione e Controllo Direzionale	Sonia Sacilotti	Sonia Sacilotti
SC Centro Regionale Formazione	Alice De Cristofaro	Alice De Cristofaro
SSD Affari Generali	Alessandro Camarda	Elisa Boschetto
SSD Gestione Assicurativa	Mario Mariani	Mario Mariani
SSD Comunicazione e Qualità	Chiara D'Angelo	Chiara D'Angelo
SC Ingegneria clinica	Fabio Buffolini	Caterina Saviano
SSD Tecnologie Informatiche	Nicola Bortolotti	Nicola Bortolotti
SSD Patrimonio Immobiliare del SSR	Massimiliano Bressan	Massimiliano Bressan
SC Acquisizione Beni e Servizi	Margherita Virgolini Francesca Perna (sostituto)	Margherita Virgolini Francesca Perna (sostituto)
SC Gestione Contratti	Eugenio Busolini	Eugenio Busolini
SC Gestione Servizio Logistico Alberghiero	Carlo Tassini	Carlo Tassini
SC Struttura Operativa Regionale Emergenza Sanitaria	Amato De Monte	Amato De Monte
SC Coordinamento Reti Cliniche	Roberta Chiandetti	Roberta Chiandetti
SC Gestione Prestazioni Sanitarie	Giulio Menegazzi	Giulio Menegazzi
SC Coordinamento e Valorizzazione Professioni Sanitarie	Paola De Lucia	Paola De Lucia
SC Farmacia Centrale	Laura Mattioni	Francesca Garofalo
SC Politiche del Farmaco, Dispositivi Medici e Protesica	Adriana Cecchi	Enrica Schiavo

Viste le molteplici e complesse funzioni e linee di attività di ARCS che, una volta completamente attivate, comporteranno un notevole sviluppo dell'Azienda medesima, con delibera del Commissario straordinario n. 75 del 06/06/2019 è stato nominato l'[Organismo Indipendente di Valutazione \(OIV\)](#) in forma collegiale con tre componenti. In particolare a questo organismo compete:

- verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;

- verifica i contenuti della Relazione sulla Performance in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti;
- propone eventuali modifiche e aggiornamenti al PTPCT, sulla base delle esigenze emerse a seguito della propria attività di controllo;
- verifica l'attuazione delle misure previste nel PTPCT, in raccordo con il RPCT;
- partecipa al processo di gestione del rischio. In particolare, può essere coinvolto nelle attività di mappatura dei processi aziendali a rischio e in quelle di identificazione e di analisi dei rischi;
- riceve dal RPCT la relazione recante i risultati dell'attività svolta, pubblicata sul sito *web* dell'Amministrazione.
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione/modifica del Codice di Comportamento.

L'OIV riveste dunque un ruolo sempre più rilevante nella materia dell'anticorruzione e della trasparenza.

In raccordo con il RPCT opera anche l'[Ufficio Procedimenti Disciplinari](#), per quanto riguarda le attività previste dall'art. 15 del DPR 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici. Propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento, cura l'esame delle segnalazioni delle violazioni, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate.

Il processo di elaborazione del presente Piano ha previsto la partecipazione di tutte le strutture aziendali risultanti dal *re-building organizzativo*, anche in vista del futuro monitoraggio dello stesso e dell'attuazione delle misure ivi previste, che costituiscono parte integrante degli obiettivi dirigenziali e non dirigenziali.

Con Delibera 15/01/2020, n. 10, ANAC ha riproposto il tema del [supporto](#) che le Amministrazioni sono tenute a prestare ai propri Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT) e sulle misure discriminatorie ai danni del RPCT medesimo, indicando - mediante raccomandazione all'Amministrazione di riferimento - che *"è necessario fornire al RPCT un adeguato supporto in termini di risorse professionalmente adeguate, nonché di mezzi per lo svolgimento del proprio ruolo in indipendenza ed autonomia"* e che *"a tal fine, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, è rimessa alla discrezionalità delle singole Amministrazioni istituire un ufficio ad hoc ovvero rafforzare la struttura di supporto"*. Nel rispetto della legge 190/2012 (art. 1, co. 8) e del PNA 2019 (Parte II, § 4. e Parte IV, § 3.), l'Azienda, con decreto n. 2 del 03/01/2020, ha individuato, al fine di garantire un adeguato supporto per qualità del profilo professionale, la dott.ssa Teresa Marzetti, dipendente a tempo indeterminato cat. D assegnata alla SSD Affari generali, quale supporto al RPCT e al RASA.

La prevenzione della corruzione deve essere un'azione sinergica tra tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto, ognuno di loro contribuendo sostanzialmente alla costruzione dell'immagine

dell'Azienda. La diffusione tra tutti i dipendenti di questa consapevolezza, di valori etici condivisi e di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati è un elemento di estrema importanza. Il coinvolgimento di tutti il personale in servizio (**dipendenti**) va, infatti, assicurato in termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi, nell'ambito delle mansioni loro attribuite, collaborando con il proprio Responsabile, nonché in sede di definizione delle misure di prevenzione e di attuazione delle stesse. È dovere di tutti i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nel PTPCT. La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nel Piano costituisce illecito disciplinare.

I collaboratori esterni, a qualsiasi titolo, i fornitori e i partner si impegnano a osservare, per quanto compatibili, le disposizioni del Codice di comportamento e le disposizioni del PTPCT.

ARCS, in quanto stazione appaltante unica, è tenuta a nominare, quale misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione, un unico soggetto responsabile, denominato **Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)**, all'iscrizione e all'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA). Nell'ambito della propria autonomia organizzativa e in relazione alle dimensioni e alla complessità della propria struttura, l'Amministrazione ha convogliato in un unico soggetto i ruoli di RASA e RPCT ovvero ha nominato il dott. Alessandro Camarda, dirigente della SSD Affari generali RASA e RPCT di ARCS.

INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

ARCS, al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, come da indicazione di ANAC, ha predisposto il PTPCT in stretto coordinamento con tutti gli altri strumenti di programmazione strategico-gestionale dell'Amministrazione: il PTPCT, il Piano della *performance*, la Relazione annuale sulla *performance* e il Sistema di misurazione e valutazione della *performance*. ARCS ha, in particolare, incluso negli strumenti del ciclo della *performance* gli obiettivi e gli indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione. Le attività del PTPCT vengono, conseguentemente, trasfuse in forma di obiettivi nel Piano della *performance* nel duplice versante della *performance* organizzativa e della *performance* individuale.

Performance organizzativa e individuale sono da considerarsi, infatti, strettamente collegate e integrate in tutto il ciclo di gestione della *performance*: qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell'Azienda non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

La necessità di coordinare e di integrare il PTPCT e il Piano della *performance* non può tuttavia condurre ad unificare i due Piani stanti le diverse finalità e le distinte responsabilità connesse. Per il PTPCT ciò che rileva è la gestione del rischio e la chiara identificazione delle misure di prevenzione della corruzione anche in termini di definizione di tempi e di responsabilità e, per

la parte della trasparenza, l'organizzazione dei flussi informativi di ogni fase fino alla pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" e al relativo monitoraggio.

L'OIV riveste, in tale ambito, un ruolo fondamentale nel coordinamento e nel raccordo tra il sistema di gestione della *performance* e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza previste nel PTCPT.

MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura dei processi costituisce un percorso necessario per un'adeguata analisi del contesto interno: è, infatti, necessario analizzare e mappare i processi aziendali allo scopo di effettuare un'adeguata valutazione dei rischi.

Rispetto al PTPCT 2021-2023, la mappatura è stata sottoposta a revisione ed è stata implementata sia in conseguenza del processo di *re-buiding* dell'organizzazione sia nella consapevolezza che un comportamento a rischio di corruzione non individuato in fase di mappatura non potrà essere valutato nella successiva fase di trattamento del rischio e, dunque, potrebbe sfuggire all'attività di prevenzione.

ANALISI SWOT

L'analisi SWOT è uno strumento di supporto che consente di rappresentare i risultati dell'analisi del contesto esterno (fattori PESTEL) e interno (fattori micro-ambientali esterni e *driver* interni) e permette di ottenere una visione integrata degli esiti delle due fasi di analisi del contesto, nonché ricavare delle misure per la gestione del rischio.

SWOT è un acronimo formato proprio dalle prime lettere di ciascuno di questi quattro fattori:

- *Strenght* (Punti di forza): punti di forza interni favorevoli al raggiungimento dell'obiettivo dell'organizzazione;
- *Weaknesses* (Debolezze): fattori interni sfavorevoli per il raggiungimento dell'obiettivo dell'organizzazione;
- *Opportunities* (Opportunità): fattori esterni favorevoli al raggiungimento dell'obiettivo dell'organizzazione;
- *Threats* (Minacce): fattori esterni sfavorevoli per il raggiungimento dell'obiettivo dell'organizzazione.

Analisi SWOT		Carattere del fattore	
		POSITIVO	NEGATIVO
Origine del fattore	INTERNO	Punti di forza	Punti di debolezza

	ESTERNO	Opportunità	Minacce
--	---------	-------------	---------

In questo modo, l'Amministrazione è nelle condizioni di individuare con ragionevole certezza i punti di forza interni all'organizzazione che potrebbero agevolare il raggiungimento degli obiettivi e i punti di debolezza che, invece, potrebbero rappresentare un ostacolo al raggiungimento degli stessi.

La SWOT sintetizza, infatti, la rilevazione delle informazioni di contesto esterno in termini di minacce e opportunità e la rilevazione di dati e di informazioni attinenti al contesto interno in termini di punti di forza e di debolezza nelle principali quattro dimensioni: organizzazione, risorse strumentali ed economiche, risorse umane e finanziarie.

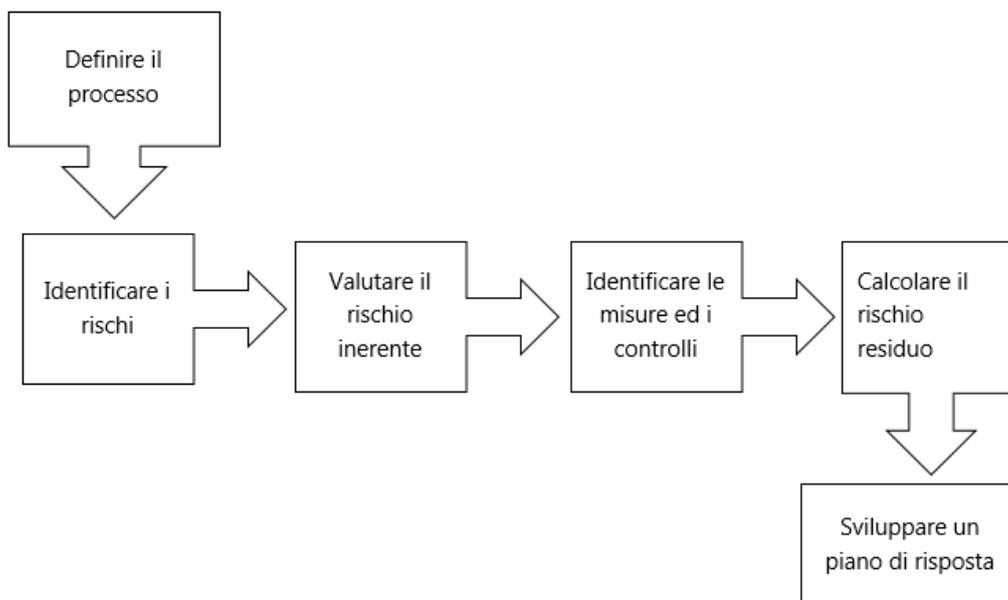
Analisi SWOT di ARCS			
		Carattere del fattore	
		POSITIVO	NEGATIVO
Origine del fattore	INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - formazione continua - personale qualificato e motivato - accesso civico generalizzato - progetti - piano anticorruzione - monitoraggio continuo - formazione e diffusione buone pratiche e valori 	<ul style="list-style-type: none"> - esiguità delle risorse - scarsa di rotazione del personale - non completa digitalizzazione - scarso dialogo tra strutture - non piena chiarezza sul ruolo, competenza e responsabilità rivestita dal personale all'interno dell'Azienda
	ESTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - possibilità di sottoscrivere protocolli di intesa/convenzioni con enti terzi - possibilità di usufruire di finanziamenti e contributi - constatate formazione del personale in materia di sviluppo e tecnologia - programmazione e monitoraggio delle attività - bandi di gara per nuove assunzioni - armonizzazione di tutte le normative che impattano sul territorio - crescita significativa del ruolo dell'ente 	<ul style="list-style-type: none"> - contesto economico critico - incertezza sul futuro legata alla pandemia - disoccupazione - vincoli di spesa - infiltrazioni di organizzazioni criminali nel tessuto economico del territorio (es. settore appalti) - contesti eccessivamente burocratizzati

2.2.4 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

- Identificazione degli eventi rischiosi: ha l'obiettivo di individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi (o alle singole fasi) di pertinenza dell'amministrazione;
- Analisi del rischio: ha l'obiettivo di comprendere le cause del verificarsi degli eventi corruttivi e, conseguentemente, individuare le migliori modalità per prevenirli definendo, al contempo, quali siano gli eventi rischiosi più rilevanti e il livello di esposizione al rischio dei processi e delle attività;

- Ponderazione del rischio: ha lo scopo di stabilire le priorità di trattamento dei rischi, attraverso il loro confronto, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera.



2.2.4.1 IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

La fase di identificazione del rischio ha come obiettivo quello di individuare quei comportamenti o quei fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Amministrazione.

Per il tramite del RPCT, è stata operata da ARCS una mappatura dei macro-processi e dei *sub*-processi gestiti dall'Azienda, avendo cura di individuare gli *owner* del processo e tenendo conto del citato *re-building* della struttura organizzativa, tuttora in fase di progressiva implementazione. Ne consegue che, in una logica di miglioramento continuo e di attuazione del processo di avvio delle ulteriori attività attribuite ad ARCS, sono stati individuati processi relativi alle aree di attività/azione come attivate al momento della redazione del presente documento.

ARCS, nell'identificazione degli eventi rischiosi, ha utilizzato la tecnica del *Control & Risk Self Assessment (CRSA)* quale approccio che utilizza le competenze degli *owner* di processo per identificare i rischi e le misure per il trattamento di quest'ultimi. Partendo dagli obiettivi assegnati, i responsabili di ciascuna struttura aziendale, con l'ausilio delle risorse direttamente impegnate nello svolgimento delle attività, hanno potuto valutare l'attendibilità delle informazioni disponibili, i processi di competenza e le misure di abbattimento del rischio.

Tale tecnica è fondata, dunque, sulla formulazione di valutazioni soggettive sulla probabilità e sull'impatto dei rischi effettuato dagli *owner* dei processi, successivamente oggetto di confronto con il RPCT attraverso *Facilitated Workshop* e *Brainstorming*.

Per ogni processo individuato nella mappatura sono stati identificati gli eventi rischiosi che possono manifestarsi. Per quei processi in cui è stata rilevata un'esposizione al rischio corruttivo più significativa, l'identificazione dei rischi è stata sviluppata con maggior livello di dettaglio, individuando come oggetto di analisi, le singole attività in cui si articola il processo. Il RPCT, nell'esercizio del suo ruolo, ha svolto un atteggiamento attivo, coordinando, integrando e supportando tutti gli *owner* che hanno contribuito attivamente a un'adeguata analisi del rischio.

In particolare, l'attività di mappatura sopra descritta è stata effettuata mediante l'organizzazione di *Facilitated Workshop* e di *Brainstorming*, tenutisi utilizzando la piattaforma *Microsoft Teams*. L'attività è stata svolta con tutti i dirigenti e i responsabili delle strutture aziendali al fine di illustrare quanto richiesto dal PNA 2019 e condividere l'utilizzo di un cruscotto informatico, rinnovato rispetto a quello utilizzato per l'elaborazione del PTPCT 2020-2022, utile a individuare gli indicatori, facilitare la mappatura dei processi e l'analisi del rischio.

Il suddetto strumento informatico è composto da:

- Analisi per processi per struttura;
- Scheda analitica special per le strutture a più alta complessità;
- Elenco misure per la prevenzione della corruzione;
- Istruzioni di valutazione rischio;

Detto cruscotto informatico è stato, quindi, somministrato, con comunicazione elettronica del RPCT in data 29/10/2021, a tutti i dirigenti e responsabili per le finalità suddette.

Tutte le strutture coinvolte hanno restituito la mappatura dei processi con l'autovalutazione del rischio e l'indicazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Le risultanze delle attività svolte dagli *owner* sono state, come già evidenziato, oggetto di ulteriore *Facilitated Workshop* assieme al RPCT.

Gli eventi rischiosi individuati sono stati, quindi, opportunamente mappati e valutati (Allegato 1) e sono state individuate le correlate misure di prevenzione della corruzione (Allegato 2) sulla base delle Istruzioni di valutazione del rischio (Allegato 3).

Nel presente Piano, come già nel PTPCT 2020-2022, per le strutture afferenti al Dipartimento Approvvigionamenti e Logistica – SC Acquisizione Beni e Servizi, SC Gestione Contratti e SC Gestione Servizio Logistico Alberghieri – e per la struttura SC Farmacia Centrale, si è ritenuto, in considerazione delle peculiarità delle attività svolte, di dettagliare i processi in *sub*-processi (Schede analitiche special – Allegato 4) andando ad indentificare per ognuno di essi i correlati rischi corruttivi.

Quanto sopra ha condotto alla creazione del "Registro degli eventi rischiosi" (Allegato 5) dove per ogni oggetto di analisi (processo o attività) si riporta la descrizione di tutti gli eventi rischiosi che possono manifestarsi.

2.2.4.2 ANALISI DEL RISCHIO

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

In questa fase è essenziale **comprendere i fattori abilitanti** degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione ("vulnus" organizzativi, procedurali, informatici e culturali che consentono la messa in atto di comportamenti "non integri"). L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi.

L'analisi del **livello di esposizione** al rischio deve avvenire rispettando principi strategici (coinvolgimento dell'organo di indirizzo politico-amministrativo, Cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio, Collaborazione tra amministrazioni), principi metodologici (Prevalenza della sostanza sulla forma, Gradualità, Selettività, Integrazione, Miglioramento e apprendimento continuo), principi finalistici (Effettività, Orizzonte del valore pubblico), nonché un criterio generale di "prudenza".

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

- scegliere l'approccio valutativo (qualitativo, quantitativo o misto);
- individuare i criteri di valutazione;
- rilevare i dati e le informazioni;
- formulare un giudizio sintetico.

Ai fini di una maggiore sostenibilità organizzativa, ARCS ha adottato un **approccio qualitativo**, mediante il quale l'esposizione al rischio è stata stimata in base a motivate valutazioni espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi. I criteri di valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi, tradotti operativamente in indicatori di rischio (*key risk indicators*), consentono di identificare con precisione quali aree aziendali siano esposte al rischio e forniscono preziose indicazioni sulle possibilità che un rischio possa emergere. Più l'indicatore si trova alla base del rischio, maggiore è la probabilità che questo fornisca al *management* tempo sufficiente per rispondere all'evento rischioso in modo proattivo. Particolare attenzione è stata posta nell'individuazione di indicatori di rischio efficaci, in modo da assicurare che tutte le parti coinvolte nella raccolta e aggregazione di rilevatori usino un metodo chiaro e standardizzato.

Di seguito gli indicatori di stima del livello di rischio adottati da ARCS nel presente Piano:

- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'Amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;

- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischio;
- grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi;
- tempistica di esecuzione di un procedimento che si discosta dalla media registrata;
- opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio.

La rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie a esprimere un giudizio motivato sui criteri sopracitati è stata coordinata dal RPCT. Le informazioni sono state rilevate -come detto- attraverso forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle strutture aziendali. Le valutazioni sono state, altresì, supportate da dati oggettivi/statistici reperiti da banche dati *on-line* già attive e liberamente accessibili (es. Banca dati delle sentenze della Corte dei Conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione) e da ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione. Il RPCT ha supervisionato le valutazioni dei responsabili per analizzare la ragionevolezza ed evitare una sottostima del rischio, applicando nel contempo il criterio generale di prudenza, già precedentemente esposto.

Per ogni oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso) e tenendo conto dei dati raccolti, si è fatta una misurazione di ognuno dei criteri illustrati in precedenza. Per la misurazione si è applicata una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso). Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si è ottenuta una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio. Il valore complessivo fornisce una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso).

2.2.4.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO

La fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire:

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

L'obiettivo della ponderazione del rischio è di "agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione"⁵.

È necessario tuttavia rispettare due condizioni:

⁵ UNI ISO 31000:2010 *Gestione del rischio - Principi e linee guida*.

- per ogni evento rischioso rilevante, e per ogni processo organizzativo significativamente esposto al rischio, deve essere prevista almeno una misura di prevenzione potenzialmente efficace;
- deve essere data preferenza alla misura con il miglior rapporto costo/efficacia.

La ponderazione del rischio può portare ad una decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma limitarsi a mantenere attivi i controlli esistenti oppure può portare ad una decisione d'intraprendere ulteriore analisi. Per stabilire se attuare o meno nuove azioni bisogna tenere conto del concetto di "rischio residuo". Il "rischio residuo" è il rischio che rimane dopo l'adozione di tutte le misure di prevenzione previste. Il rischio residuo comprende, quindi, rischi noti e stimati, ma anche componenti di rischio sconosciute ed è composto da diversi elementi (elenco non esaustivo):

- rischio accettato (riconosciuto, che viene giudicato ammissibile);
- rischi non identificati o sconosciuti;
- rischi derivanti da minacce trascurate;
- errori di ponderazione dei rischi;
- rischi derivanti da misure di sicurezza inadeguate o applicate in modo errato.

È opportuno evidenziare che il rischio residuo non potrà mai essere azzerato, pertanto l'attuazione delle azioni di prevenzione deve avere come obiettivo la riduzione del rischio medesimo ad un livello quanto più prossimo allo zero.

2.2.5 TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio è la fase del sistema di gestione che prevede la definizione, in termini progettuali e poi la messa in opera di Misure di prevenzione funzionali e coerenti rispetto al rischio che si intende abbattere. Sulla base delle priorità dei rischi andranno, pertanto, definite le più opportune iniziative e azioni preventive e/o correttive per mitigare il rischio di fenomeni corruttivi. Al riguardo, le indicazioni metodologiche di ANAC sono chiare nella distinzione tra:

- misure generali che intervengono in maniera trasversale sull'intera organizzazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione;
- misure specifiche che impattano direttamente sui processi maggiormente a rischio ovvero su potenziali criticità e rischi specifici individuati nella fase dell'*assessment*.

Come specificato dall'Autorità, le misure di trattamento dei rischi vanno programmate adeguatamente e operativamente, pertanto vanno individuate, quantomeno, le fasi e le modalità attuative della misura del trattamento, le tempistiche di attuazione, le responsabilità delle strutture che devono attuare la misura, nonché degli indicatori di monitoraggio (quest'ultimi finalizzati al miglioramento e a fungere da correttivo per la concreta e sostanziale attuazione delle misure di trattamento). Su questo aspetto, l'ANAC ribadisce che le misure vanno descritte dettagliatamente, proprio per far emergere l'obiettivo che l'amministrazione

intende perseguire, nonché le modalità con cui l'azione verrà attuata per incidere sui fattori di rischio corruttivo.

2.2.5.1 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE

L'obiettivo di questa prima fase del trattamento del rischio è quello di identificare le misure più idonee a prevenire i rischi corruttivi individuati durante l'analisi e la valutazione del rischio, in funzione del livello di rischio e dei loro fattori abilitanti. L'organizzazione, quindi, deve individuare, per quei rischi (e attività del processo cui si riferiscono) ritenuti prioritari, l'elenco delle possibili misure di prevenzione della corruzione abbinata a tali rischi.

Le misure vanno ad incidere su uno dei tre pilastri del cosiddetto triangolo della frode⁶. La propensione alla frode o alla corruzione dipende sostanzialmente da tre variabili che devono essere compresenti:

- l'incentivo, chiamato anche pressione o motivazione, alla commissione della frode, dipendente ad esempio da pressioni interne o esterne (pressioni finanziarie, la negazione della carriera professionale, l'insoddisfazione verso il datore di lavoro, la pressione da parte del management aziendale ecc.);
- l'opportunità di commettere la frode (mancanza o fallacità dei sistemi di controllo, meccanismi aziendali che permettono la commissione della frode);
- la razionalizzazione (legittimazione) della frode, in altri termini la giustificazione che l'attore si dà per la commissione dell'evento fraudolento. Essa si manifesta per una mancata consapevolezza della condotta fraudolenta oppure per l'autoconvincimento di "non aver commesso nulla di male", in genere gli individui che commettono frodi sono per la prima volta trasgressori e dunque non si considerano come criminali, ma persone ordinarie e oneste che sono solo vittime di sfortunate circostanze. Vi sono diversi tipi di razionalizzazione, come trasformare l'atto illecito in un'azione innocua (es. un furto di cassa tramutato in un prestito concesso dall'impresa), minimizzare la portata del reato (es. "c'è chi fa di peggio"), a vedere l'atto disonesto come una sorta di compensazione per le ingiustizie subite (es. "se lo meritano perché mi sfruttano"), a generalizzare il problema (es. "lo fanno tutti"), oppure a costruire un alibi (es. gravi problemi personali) per motivare il fatto illecito⁷.

⁶ Donald R. Cressey, 1973.

⁷ Passoni, 2009, pp. 5-6.



L'unico modo per attenuare (non azzerare) il rischio corruttivo è proprio eliminare uno dei tre vertici del triangolo della frode.

MISURE OGGETTIVE E MISURE SOGGETTIVE

Le misure sono degli accorgimenti organizzativi e possono definirsi oggettive o soggettive a seconda che mirino, proprio attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari volti all'improprio condizionamento delle decisioni (misure di prevenzione oggettiva) oppure abbiano lo scopo di garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa ad una decisione amministrativa (misure di prevenzione soggettiva).

MISURE GENERALI E MISURE SPECIFICHE

Il PNA, approvato inizialmente nel settembre 2013, classificava le misure di prevenzione come "misure obbligatorie", quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative e come "misure ulteriori", quelle che, non essendo obbligatorie per legge, vengono inserite nei PTPC a discrezione dell'amministrazione e tale inserimento le rende obbligatorie per l'amministrazione che le ha previste. Successivamente, l'aggiornamento del 2015 del PNA, superando la distinzione tra misure "obbligatorie" e misure "ulteriori", ha sottolineato la necessità che ciascuna amministrazione individui strumenti specifici, idonei a mitigare i rischi tipici dell'ente stesso, emersi a seguito di specifica analisi ed, ha, quindi, adottato una classificazione che distingue tra "misure generali" (di governo di sistema) che incidono, cioè, sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in materia trasversale sull'intera amministrazione e "misure specifiche" che incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su

problemi specifici. Pur traendo origine da presupposti diversi, sono entrambe altrettanto importanti e utili ai fini della definizione complessiva della strategia di prevenzione della corruzione dell'organizzazione. Il PNA 2019 ha consolidato quest'ultima distinzione delle misure ovvero misure generali e misure ulteriori, entrambe utili a definire la strategia di prevenzione della corruzione in quanto agiscono su due diversi livelli: complessivamente sull'organizzazione e in maniera puntuale su particolari rischi corruttivi.

Si descrivono di seguito le principali misure generali individuate dal legislatore:

TRASPARENZA

“La trasparenza è uno degli assi portanti della politica anticorruzione impostata dalla legge 190/2012”, che, lungi dal costituire una “semplice” misura di prevenzione della corruzione, rappresenta essa stessa l’oggetto di una complessa disciplina normativa, che richiede una programmazione sistematica.

La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza concorre a attuare i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse. Questo integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione al servizio del cittadino.

Il diritto alla trasparenza amministrativa si è definito ed ampliato nel suo significato nel corso degli anni, dapprima con il Codice della Trasparenza del 2013 poi con il d.lgs. 97/2016 con cui si è recepito il FOIA, istituto già diffuso in molti ordinamenti europei. L'esigenza di trasparenza risponde da un lato alle esigenze di consentire la partecipazione democratica dell'azione amministrativa, dall'altro rappresenta una delle misure di maggior impatto in materia di anticorruzione.

CODICE DI COMPORTAMENTO

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono, conformemente a quanto disposto dall'art. 54 del d.lgs. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, un ruolo fondamentale per la riduzione del rischio corruttivo.

Il codice di comportamento di ARCS è stato definito attraverso un procedimento che ha previsto una procedura aperta alla partecipazione ed il parere obbligatorio dell'OIV.

Tale strumento assume peculiare importanza, in quanto le norme in questo contenute regolano il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, individuano quale comportamento sono tenuti ad avere i dipendenti e i collaboratori dell'azienda, ed è una misura di prevenzione molto importante al fine di orientare in senso legale ed eticamente corretto lo svolgimento dell'attività amministrativa.

ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE - MISURA ALTERNATIVA: SEGREGAZIONE DELLE FUNZIONI

La rotazione del personale è stata introdotta dall'art. 1, co. 4, lett. e) , co. 5, lett. b) della legge 190/2012 come misura di prevenzione della corruzione, e prevede la rotazione per i dirigenti e funzionari chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

Il PNA 2019 considera la rotazione del personale quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

Altra misura efficace, in combinazione o alternativa alla rotazione, è quella della distinzione delle competenze (cd. "*segregazione delle funzioni*") che attribuisce a soggetti diversi i compiti di:

- svolgere istruttorie e accertamenti;
- adottare decisioni;
- attuare le decisioni prese;
- effettuare verifiche.

Rotazione ordinaria

Il PNA invita le amministrazioni a considerare la rotazione del personale come un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. Essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Rotazione straordinaria

L'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dall'art. 16, co. 1, lett. 1-*quarter* del d.lgs. 165/2001, è da considerarsi misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale in casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni. Naturalmente restano ferme le altre misure previste in relazione alle varie forme di responsabilità.

Certamente dalla stessa si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio.

Come auspicato dall'ANAC, ARCS, tramite l'adozione del proprio Codice di comportamento, ha introdotto l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'Amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio.

Ci sono poi misure che agiscono direttamente sull'imparzialità del dipendente, dirette a contenere i conflitti di interesse. Queste misure comprendono la disciplina del **conflitto di interesse**, degli **incarichi extra-istituzionali**, delle **incompatibilità e inconferibilità degli incarichi**, del **pantouflage** e dei controlli sui precedenti penali. Lo scopo di queste misure è sottolineare la distinzione tra politica e amministrazione (l'amministrazione pubblica anche quanto è strumento di attuazione delle politiche governative, ha un ruolo autonomo in diretto collegamento con la società per la realizzazione delle finalità pubbliche obiettivate dall'ordinamento⁸).

OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI

La materia è regolata, oltre che da disposizioni di rango legislativo (art. 6-*bis* della legge 241/1990, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, e art. 53, comma 14, del d.lgs. 165/2001), anche dalle previsioni del Codice di comportamento di ARCS in tema di rispetto degli obblighi di comunicazione e di astensione in caso di conflitto di interessi applicabili, in quanto compatibili, a tutti i soggetti indicati nell'art. 2 del citato Codice.

Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche ed il provvedimento devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. Occorre, pertanto, che tali soggetti segnalino tali situazioni di potenziale conflitto.

CONFERIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO – AUTORIZZAZIONI ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ E INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

Il conferimento di incarichi di ufficio e l'autorizzazione allo svolgimento di attività e incarichi extra-istituzionali devono essere preceduti dalla verifica dell'insussistenza di casi di incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, o di situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi (art. 53, commi 5 e 7, del d.lgs. n. 165/2001 e successive modificazioni).

La normativa di riferimento pone l'obbligo di comunicazione dei predetti incarichi e dei relativi compensi all'Anagrafe delle Prestazioni istituita presso il DFP.

Tali obblighi di comunicazione devono essere assolti con la tempestiva richiesta e tassativamente per via telematica mediante inserimento nei campi obbligatori indicati nel sistema "PERLAPA" dei dati riferiti agli incarichi ed ai compensi corrisposti.

⁸ Corte Cost. 1/1999. N. Longobardi, *La posizione istituzionale dell'amministrazione pubblica e la Costituzione*, in *Amministrazione in cammino*, 2017, pp. 1-17.

APPLICAZIONE DEL REGIME DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ PER GLI INCARICHI DIRIGENZIALI

All'atto del conferimento degli incarichi di funzione dirigenziale deve essere acquisita dagli interessati una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità ai sensi del d.lgs. 39/2013 (art. 20, comma 1). Nel corso dell'incarico, i dirigenti sono altresì tenuti a presentare annualmente una dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui al citato decreto legislativo (art. 20, comma 2).

Il d.lgs. 39/2013 ha disciplinato diverse ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità dei incarichi presso le PA, le società, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico. Ciò poiché:

lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;

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

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

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità degli incarichi conferiti e sanzioni specifiche a carico dei componenti che abbiano conferito gli incarichi dichiarati nulli.

Per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico" (art. 1 d.lgs. 39/2013).

L'incompatibilità, a differenza dell'inconferibilità, può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

REGIME DELLE ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS)

L'art.1, co. 42 lett. l) della legge 190/2012 introduce l'ipotesi relativa alla c.d. "incompatibilità successiva" (*pantouflage*) introducendo all'art. 53 del d.lgs. 165/2001, il co. 16-ter dove viene disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni

successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrarre con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per preconstituire delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio.

L'inosservanza di dette limitazioni prevede specifiche conseguenze sanzionatorie che svolgono effetto nei confronti sia dell'atto sia dei soggetti, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto.

FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Gli uffici competenti curano l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 35-*bis* del d.lgs. 165/2001, che precludono a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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

SEGNALAZIONI DI CONDOTTE ILLECITE E DI IRREGOLARITÀ E RELATIVE FORME DI TUTELA (C.D. WHISTLEBLOWING)

La tutela del segnalante (di seguito *whistleblower*) è stata introdotta nel nostro ordinamento dalla L. 190/2012 (c.d. legge anticorruzione), il cui art. 1, comma 51, ha novellato il d.lgs. 165/2001 inserendo l'art. 54-*bis*, intitolato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti". Detta novella legislativa ha, in particolare, introdotto tre concetti fondamentali:

- la tutela dell'anonimato del denunciante;
- il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower;
- la sottrazione della segnalazione al diritto di accesso.

La materia è stata successivamente oggetto di razionalizzazione ad opera, prima della L. 114/2014 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari" e, poi, della L. 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato", con la finalità, tra le altre, di assicurare una maggiore e più efficace tutela del segnalante.

La segnalazione di illeciti e/o di irregolarità (c.d. *whistleblowing*) si configura quale modalità attraverso la quale il segnalante contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e di situazioni pregiudizievoli dell'interesse all'integrità dell'Azienda e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Le condotte oggetto delle segnalazioni comprendono non solo l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica amministrazione di cui al Titolo II, Capo I del Codice Penale, ma anche qualsiasi situazione in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontrino irregolarità e/o illegittimità.

Sono, altresì, rilevanti i fatti al verificarsi dei quali -a prescindere dalla rilevanza penale- vengano in evidenza malfunzionamenti dell'Azienda a causa dell'uso distorto dei poteri attribuiti.

Tra le condotte illecite oggetto delle segnalazioni possono essere indicate, a titolo meramente esemplificativo, azioni od omissioni, commesse o tentate, anche non penalmente rilevanti:

- poste in essere in violazione del Codice di comportamento o di altre disposizioni regolamentari o contrattuali, sanzionabili in via disciplinare;
- suscettibili di arrecare un pregiudizio all'immagine dell'Azienda;
- pregiudizievoli nei confronti degli utenti o dei dipendenti ovvero di altri soggetti che svolgono la loro attività presso l'Azienda.

Quanto al contenuto delle segnalazioni, è opportuno che le stesse siano il più possibile circostanziate e offrano il maggior numero di elementi al fine di consentire all'amministrazione di effettuare le dovute verifiche.

Le segnalazioni possono essere effettuate compilando il "Modulo per la segnalazione di illeciti e/o irregolarità", disponibile sul sito istituzionale di ARCS, sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti - Prevenzione della Corruzione" ovvero -qualora attivate- anche tramite procedure informatizzate messe a disposizione dall'Azienda e rese pubbliche sul sito web istituzionale.

Il modulo va compilato e può essere presentato:

- al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) a mezzo del servizio postale, in doppia busta chiusa, recante all'esterno la dicitura "RISERVATA", indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Via Pozzuolo 330, Palazzina B, 33100 Udine;
- all'indirizzo di posta elettronica prevenzione.corruzione@arcs.sanita.fvg.it a uso esclusivo del RPCT e dello *staff* della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

La segnalazione ricevuta da qualsiasi soggetto diverso dal RPCT deve essere tempestivamente inoltrata al RPCT garantendo la massima riservatezza dei contenuti.

Qualora la segnalazione riguardi comportamenti illeciti/irregolarità in cui è coinvolto anche il RPCT, la segnalazione dev'essere inviata direttamente ad ANAC, secondo le modalità stabilite dalla stessa (reperibili sul sito www.anticorruzione.it).

È in ogni caso possibile segnalare i presunti illeciti/irregolarità attraverso la piattaforma dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) al link presente sul sito web aziendale sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti - Prevenzione della corruzione – WHISTLEBLOWER".

FORMAZIONE

La formazione del personale costituisce una delle più importanti leve gestionali per la diffusione della cultura della legalità e per la corretta applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di obblighi di trasparenza.

È compito del RPCT individuare il personale da inserire nei percorsi formativi sia di carattere generale che di carattere specifico.

La formazione generale tratta tematiche legate ai principi di etica e legalità finalizzate a garantire una maggiore consapevolezza in tema di prevenzione della corruzione ed è rivolta a tutto il personale di ARCS con il fine di ridurre il rischio che azioni illecite possano essere commesse, anche inconsapevolmente.

La formazione specifica è mirata invece al miglioramento delle competenze nell'attivazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo di chi è coinvolto direttamente o indirettamente alle attività a maggior rischio corruzione.

In ottemperanza a quanto previsto dalle norme e con quanto programmato nel PTPCT 2021-2023, il personale di ARCS ha partecipato a percorsi formativi sia ad un livello generale che ad un livello più specifico.

PATTI DI INTEGRITÀ

I protocolli di legalità o patti di integrità sono da considerarsi strumenti di carattere pattizio o negoziale, che negli ultimi anni hanno innalzato la cornice di sicurezza nel settore degli appalti pubblici, introducendo un sistema di condizioni che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevenire attività illecite ed assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Ai sensi dell'art. 1, comma 17, della legge n. 190/2012, le Pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, di regola, predispongono ed utilizzano protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Ciascuna categoria di misura può dare luogo, in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a misure sia generali sia specifiche.

A titolo meramente esemplificativo, una misura di trasparenza, può essere programmata come misura generale o come misura specifica. Essa è generale quando insiste trasversalmente sull'organizzazione, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza dell'azione amministrativa (es. la corretta e puntuale applicazione del d.lgs. 33/2013); è invece, specifica, in risposta a specifici problemi di scarsa trasparenza rilevati tramite l'analisi del rischio trovando ad esempio, modalità per rendere più trasparenti particolari processi prima "opachi" e maggiormente fruibili informazioni sugli stessi.

Con riferimento alle principali categorie di misure, secondo il PNA, si ritengono particolarmente importanti quelle relative alla **semplificazione e sensibilizzazione interna** (promozione di etica pubblica), definite misure più "culturali", anche se, ad oggi, ancora poco utilizzate, ovvero misure che devono poter dare un valore aggiunto effettivo nella comprensione del sistema di prevenzione della corruzione.

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti".

Ci sono poi misure che potremmo definire più "tecniche", quali il monitoraggio **del rispetto dei tempi procedurali** (il rispetto dei termini normativamente previsti rappresenta un indice di

buona amministrazione, soprattutto in termini di efficienza, efficacia ed economicità) e **l'informatizzazione dei processi**, che consente uno snellimento dei procedimenti amministrativi, aumentando l'efficacia dell'azione amministrativa e comporta la limitazione della discrezionalità degli operatori, eliminando o riducendo in modo significativo gli interventi manuali e il rischio di possibili alterazioni dei dati o documenti a disposizione delle amministrazioni, contribuendo in buona sostanza alla diminuzione di episodi di *maladministration*.

REQUISITI DELLE MISURE

Ciascuna misura di trattamento del rischio deve corrispondere ai seguenti requisiti:

- *Presenza ed adeguatezza di misure e/o controlli specifici* preesisti sul rischio individuato e sul quale si intende adottare misure di prevenzione della corruzione. Al fine di evitare la stratificazione di misure che possono rimanere inapplicate, prima dell'identificazione di nuove misure, è necessaria un'analisi sulle eventuali misure previste nei Piani precedenti e su eventuali controlli già esistenti.
- *Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio*. L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dei fattori abilitanti dell'evento rischioso.
- *Sostenibilità economica e organizzativa delle misure*. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte delle amministrazioni. È necessario rispettare due condizioni: a) per ogni evento rischioso rilevante, e per ogni processo organizzativo significativamente esposto al rischio, deve essere prevista almeno una misura di prevenzione potenzialmente efficace; b) deve essere data preferenza alla misura con il miglior rapporto costo/efficacia.
- *Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione*. L'identificazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione. Si dovrebbe consentire la personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione sulla base delle esigenze peculiari di ogni singola amministrazione.

L'individuazione delle misure deve avvenire con il coinvolgimento della struttura organizzativa, recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi). Ne consegue che la proposta delle misure di prevenzione è responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.

Proprio per tali ragioni e come più sopra descritto, ogni responsabile, nella fase di valutazione del rischio, ha individuato, tra le misure originariamente proposte, quelle ritenute necessarie, nonché in più di un caso i responsabili stessi hanno proposto delle **misure specifiche** (v. Allegato 2 da M15 a M42) al fine di garantire una più efficace gestione del rischio corruttivo.

Si evidenzia che le misure M1-Codice di comportamento, M2-Trasparenza, M3-Formazione e M4-Whistleblowing, sono da considerarsi **misure trasversali** a tutti i processi aziendali ovvero sono misure che coinvolgono l'intera Amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

DESCRIZIONE DI ALCUNE MISURE

Di seguito si riportano alcune specificazioni circa le misure adottate al fine di completare e spiegare alcune scelte organizzative e decifrarne gli aspetti peculiari.

M1 – Codice di comportamento

L'Azienda, nel corso del 2019 ha fatto riferimento al Codice di comportamento del soppresso EGAS cui è subentrata in tutti i rapporti attivi e passivi.

Come programmato nel PTPCT 2020-2022, ARCS, con decreto del Direttore generale n. 236 del 3 novembre 2020 ha adottato il nuovo Codice di comportamento sulla base delle Linee guida ANAC in materia, che integra il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici emanato con DPR 62/2013. Esso è stato definito attraverso un procedimento che ha previsto una procedura aperta alla partecipazione e il parere obbligatorio dell'OIV.

Successivamente all'adozione del suddetto Codice, è stata organizzata una specifica formazione, rivolta a tutti i dipendenti, con lo scopo di garantire la diffusione della cultura della prevenzione della corruzione e, in particolare, dei contenuti del nuovo Codice di Comportamento aziendale, che non è solo una primaria misura di prevenzione della corruzione, ma costituisce un fondamentale strumento che aiuta a orientare i comportamenti quotidiani in armonia con i valori aziendali che costituiscono il patrimonio fondante di ARCS.

M2 – Trasparenza

ARCS garantisce gli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013 nella sezione Amministrazione trasparente del sito *web* istituzionale secondo quanto previsto nella sezione del presente Piano che definisce la tempistica e il sistema delle responsabilità (responsabile del dato e responsabile della pubblicazione dello stesso) e garantendo l'accessibilità dei documenti pubblicati.

Oltre l'attuazione della disposizione richiamata che soddisfa l'esigenza di qualità dei dati, funzionale a una trasparenza "effettiva", rispondendo alla necessità di uniformare le modalità di codifica e di rappresentazione delle informazioni e dei dati pubblici ai fini della loro confrontabilità e successiva rielaborazione, la trasparenza è anche regola generale per l'organizzazione e per l'attività amministrativa, in quanto ricopre un ruolo di primo piano attuando il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

La trasparenza, quindi, non è solo sinonimo di obblighi di pubblicazione come previsti dal d.lgs. 33/2013, ma ricomprende anche ulteriori dati, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tassativamente indicati dalla legge.

M4 – Tutela del dipendente che segnala gli illeciti e irregolarità (c.d. Whistleblowing)

Per dare completa attuazione alla suddetta disciplina, ARCS, che nel corso del 2019 ha fatto riferimento alla procedura di Whistleblowing del soppresso EGAS cui è subentrata in tutti i rapporti attivi e passivi, e, così come previsto dal PTPCT 2020-2023, con decreto del Direttore generale n. 220 del 13 ottobre 2020 ha approvato il nuovo Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e di irregolarità e relative forme di tutela (c.d. whistleblowing).

M6 – Rotazione del personale o misure alternative (segregazione delle funzioni)

Ricordando che ARCS, nei primi mesi del 2019 si è trovato in una fase di avvio della propria organizzazione e delle proprie attività, e successivamente con l'approvazione del nuovo Atto aziendale, che ha modificato e sostituito integralmente il precedente, a decorrere dal 1 maggio 2020, come meglio descritto nella prima parte del presente Piano relativa al contesto di riferimento, e tenuto conto delle appena sufficienti risorse disponibili per lo svolgimento delle attività ad oggi in essere, risulta di difficile applicazione la rotazione ordinaria del personale in servizio, tanto più considerate le peculiarità e le competenze specialistiche necessarie per lo svolgimento delle attività aziendali.

In considerazione di un tanto, ARCS ha ritenuto di adottare delle scelte organizzative al fine di garantire la **segregazione delle funzioni**, in particolare per il Dipartimento Approvvigionamenti e Logistica – SC Acquisizione Beni e Servizi, SC Gestione Contratti e SC Gestione Servizi Logistico Alberghieri – rispetto al quale, nello specifico, è stata creata una netta separazione tra la fase della procedura di gara e sino alla aggiudicazione (SC Acquisizione Beni e Servizi) e le fasi successive dei controlli e della sottoscrizione del contratto/convenzione e più in generale della gestione contrattuale (SC Gestione Contratti).

Sono stati, altresì, reingegnerizzate le attività del sopracitato Dipartimento (Delibera nr. 95 del 11/07/2019) al fine di consentire una migliore operatività ed efficienza gestionale, ispirandosi ai seguenti principi:

- centralità del governo strategico dell'Azienda attraverso un potenziamento delle funzioni afferenti gli acquisiti centralizzati e la gestione e la logistica del magazzino centralizzato;
- rimodulazione delle attività/funzioni sulla base di modelli innovativi centrati sulla logica della gestione per processi.

Nella SC Farmacia Centrale è stata prevista la rotazione nell'individuazione del personale farmacista ai fini del processo "Predisposizione capitolati di gara di farmaci e dispositivi medici gestiti presso il Magazzino centralizzato".

M10 – Conflitto di interesse

Per ciascuna procedura devono essere garantiti l'archiviazione ed il monitoraggio delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, mediante la tenuta di un registro all'uopo dedicato da parte della struttura procedente. Si ritiene di applicare tale misura alle seguenti strutture:

- SSD Affari Generali (Affidamento incarichi legali)
- SC Acquisizione Beni e Servizi (Nomina membri commissioni di gara e nomina del RUP)
- SC Centro Regionale Formazione (Affidamento incarichi docenti e nomina membri commissione di procedura concorsuale-CeForMed)
- SC Gestione Risorse Umane (Nomina membri di commissione di procedura concorsuale)
- Comitato Etico Unico Regionale (Membri del Comitato Etico Unico Regionale e Segreteria CEUR)
- Centro HTA (Membri del Comitato Nucleo referenti HTA)
- SC Ingegneria Clinica (nomina componenti Gruppi Tecnici)

M11 – Monitoraggio dei tempi procedurali

Per i procedimenti individuati viene rilevato il rispetto dei tempi procedurali, le cui risultanze sono pubblicate nell'apposita sezione Amministrazione trasparente. Si ritiene di applicare la seguente misura alle seguenti strutture:

- SSD Affari generali
- SC Acquisizione Beni e Servizi
- SC Centro Regionale Formazione
- SC Gestione Risorse Umane
- SSD Comunicazione e Qualità
- SC Gestione Contratti

M33 - Linee guida operative per la regolamentazione dei rapporti con gli informatori scientifici/commerciali

ARCS ha rivolto particolare attenzione alla regolamentazione dei rapporti con gli informatori scientifici/commerciali relativamente ai farmaci e ai dispositivi medici.

Il monitoraggio della misura avverrà attraverso la richiesta da parte del RPCT al Responsabile di struttura dell'Attestazione della corretta applicazione del Regolamento in materia di informazione scientifica e commerciale e, successivamente, con il raffronto della predetta documentazione con i nominativi del Registro trasmesso alla Direzione sanitaria ed i nominativi autorizzati allo svolgimento dell'attività di informazione scientifica in ARCS.

2.2.5.2 PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE

La seconda fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di programmare adeguatamente le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione.

La programmazione delle misure consente, inoltre, di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, principio chiave perché tale strategia diventi parte integrante dell'organizzazione e non diventi fine a sé stessa.

La programmazione operativa delle misure deve avvenire tenendo conto almeno degli elementi descrittivi sotto riportati:

- *fasi (e/o modalità) di attuazione della misura*. Laddove la misura sia particolarmente complessa e necessiti di varie azioni per essere adottata e presuppone il coinvolgimento di più attori, ai fini di una maggiore responsabilizzazione dei soggetti coinvolti, appare opportuno indicare le diverse fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura;
- *tempistica di attuazione della misura* e/o delle sue fasi. La misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), deve opportunamente essere scadenzata nel tempo;
- *responsabilità connesse all'attuazione della misura* (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola). In un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa e dal momento che diversi uffici possono concorrere nella realizzazione di una o più fasi di adozione delle misure, occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della misura e/o delle sue fasi;
- *indicatori di monitoraggio* e valori attesi, al fine di poter agire tempestivamente su una o più delle variabili sopra elencate definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure.

La misura deve essere descritta con accuratezza, al fine di far emergere concretamente l'obiettivo che si vuole perseguire e le modalità con cui verrà attuata per incidere sui fattori abilitanti il rischio.

Nell'ottica di un progressivo e graduale sviluppo, in fase di implementazione continua, ARCS ha aggiornato e integrato le misure previste nel PTPCT 2021-2023.

In particolare nel PTPCT 2022-2024 si sono previsti sia un'implementazione sia un rafforzamento di alcune misure, prevedendo un'attività di verifica a campione, semestrale e/o annuale, su una percentuale di pratiche/documentazione, come meglio declinato nel successivo paragrafo 3.1 e all'Allegato 2 del presente Piano. Nello specifico le misure oggetto di implementazione e rafforzamento sono le seguenti:

- M5 - Incompatibilità e inconferibilità per incarichi dirigenziali
- M10 - Conflitto di interesse

- M13 - Formazione di commissioni di concorso/di gara, assegnazioni agli uffici, in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione (art. 35-bis del d.lgs. 165/2001)
- M19 - Controlli a campione sulla correttezza del procedimento / indagini, verbali, attestazioni

2.2.6 MONITORAGGIO E RIESAME

Essendo il PTPCT un documento di programmazione è, necessario e fondamentale, effettuare un periodico monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione, nonché dell'adeguatezza, delle misure di prevenzione, al fine di consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame viene effettuato utilizzando i risultati dell'attività di monitoraggio ed è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

La responsabilità del monitoraggio è del RPCT. Tuttavia, in funzione della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare, si possono prevedere sistemi di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è a capo della struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure (può essere attuato in autovalutazione da parte dei referenti o dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare oggetto di monitoraggio) e il secondo livello in capo al RPCT.

È opportuno ricorrere all'autovalutazione soltanto nelle aree in cui il rischio di corruzione è più basso.

Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

Con riferimento alla periodicità, il RPCT è chiamato a definire la tempistica del monitoraggio più consona all'esposizione al rischio e alle caratteristiche organizzative dell'amministrazione.

Per garantire l'efficace attuazione e l'adeguatezza del Piano, è stato definito un processo di monitoraggio e aggiornamento delle misure in esso contenute. In particolare, il programma di monitoraggio prevede un flusso informativo periodico dai Referenti e Responsabili di Struttura al RPCT al fine di:

- controllare l'adeguatezza delle misure di mitigazione attraverso la valutazione degli effetti conseguiti;
- verificare il rispetto dei termini per l'adozione delle misure contenute nel Piano;
- individuare eventuali nuovi o maggiori rischi, sia in processi già censiti sia in quelli finora non compresi.

2.2.6.1 MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO ANNO 2021

L'attività di monitoraggio per l'anno 2021 sull'attuazione delle misure previste dal PTPCT 2021-2023 è stata svolta con le modalità descritte nel paragrafo 3. Monitoraggio e Riesame del Piano stesso.

Per l'anno 2021 sono stati programmati:

- Audit di 1° livello: trimestrale, con richiesta di attestazione ad ogni Responsabile (entro il mese successivo alla scadenza del trimestre: 30/04, 31/7, 31/10, 31/1) dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza;
- Audit di 2° livello: semestrale, effettuato dal RPCT (entro il mese successivo alla scadenza del semestre: 31/07 e 31/01) mediante effettuazione di controlli a campione, successiva approvazione dell'OIV e pubblicazione degli esiti su apposita sezione del sito aziendale.

Dal confronto 2020 – 2021 emerge **un aumento delle misure** di prevenzione della corruzione (da 33 a 37). Tale aumento trova giustificazione nella richiesta delle strutture che si sono trovate nella necessità di introdurre misure mirate al graduale avvio di attività previste dal nuovo assetto organizzativo.

In parallelo, nel biennio 2020 – 2021, sono aumentati anche i processi assoggettati a misure di prevenzione della corruzione (da 70 a 92). Anche in questo caso l'aumento è riconducibile allo sviluppo dell'assetto organizzativo dell'Azienda, nell'attivazione di funzioni aziendali e livelli operativi in graduale realizzazione.

In particolare, in merito agli audit di 2° livello, l'11 giugno 2021, il RPCT (tramite e-mail) ha inviato a tutti i Responsabili di struttura e ai relativi referenti una comunicazione di *reminder* della scadenza del monitoraggio al 30 giugno 2021. Rispetto all'anno precedente è stato somministrato **un cruscotto informatico aggiornato**, consistente in una griglia di rilevazione dello stato di avanzamento delle misure, al fine di adottare eventuali azioni correttive sia per i processi individuati sia per le misure identificate per ciascun processo.

Alla luce di quanto dichiarato dalle strutture aziendali nel prospetto informatico si è proceduto ad implementare le schede di alcune strutture (ad esempio la SC Acquisizione Beni e Servizi ha aggiunto ulteriori misure di prevenzione della corruzione a quelle originariamente previste).

Il monitoraggio svolto sulle misure, al 30 giugno 2021, ha evidenziato le seguenti risultanze di sintesi:

Processi assoggettati a misura	Processi con misure attuate	Processi con misure in corso di attuazione	Processi con misure non attuate
92	62	7	7

Gli esiti del monitoraggio sono stati validati dall'OIV nella seduta del 17 settembre 2021, il cui verbale è reperibile sul sito istituzionale aziendale (Amministrazione trasparente/Controlli e

rilievi sull'Amministrazione/Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe/Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione).

Il 20 dicembre 2021 il RPCT (tramite e-mail) ha attivato il secondo monitoraggio semestrale, alla data del 31 dicembre 2021.

Il monitoraggio svolto sulle misure, al 31 dicembre 2021, ha evidenziato le seguenti risultanze di sintesi:

Processi assoggettati a misura	Processi con misure attuate	Processi con misure in corso di attuazione	Processi con misure non attuate
92	62	4	6

Alla luce delle risultanze del secondo semestre si evidenzia che la misura M6-Rotazione del personale o misure alternative (segregazione delle funzioni) rientra tra le misure sia parzialmente adottate sia tra le misure non attuate, in quanto l'organizzazione e la consistenza della dotazione organica, nonché l'elevato livello di specialità richiesto non consente la rotazione del personale per non compromettere l'adeguato livello di qualità nello svolgimento delle attività istituzionali.

La misura M10-Conflitto di interesse- risulta misura non attuata per alcuni processi mappati, ma non ancora attivati, in quanto il percorso di avvio degli stessi richiede ancora attività di ridefinizione e individuazione di funzioni e assetti di *governance* e organizzativi.

Infine, il monitoraggio del secondo semestre ha confermato quanto già emerso dal monitoraggio del primo semestre ovvero che alcune strutture hanno erroneamente indicato per i propri processi misure inerenti a fasi di processi condivisi con altre strutture che individuano, valutano e gestiscono, a monte, le fasi del processo individuato.

Gli esiti del monitoraggio sono stati valutati e integrati da riunioni fra il RPCT e i Responsabili di struttura ai fini della (ri)programmazione delle misure generali e specifiche del presente Piano. A tal fine è stato richiesto alle strutture interessate di fornire indicazioni sullo stato di attuazione delle misure, sui relativi tempi e, in caso di non attuabilità delle stesse, sulle misure alternative o complementari da proporre.

Il monitoraggio relativo al 2° semestre si pone come azione a natura gestionale per l'attuazione del collegamento sostanziale tra il Piano Anticorruzione e il Piano della Performance dell'Azienda (contenuti rispettivamente nel decreto n. 55 del 29/03/2021 e nei decreti n. 18 del 01/02/2021 -approvazione preliminare- e n. 99 del 28/06/2021-approvazione definitiva). Tali atti prevedono che l'avvio e la chiusura delle misure previste nel Piano Anticorruzione, nei termini previsti dal Piano stesso, valgano quale pre-requisito di accesso della componente di valutazione individuale della parte relativa alla misurazione del comportamento e competenze organizzative.

2.2.6.2 MONITORAGGIO PREVISTO PER IL PTPCT 2022-2024

Il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono effettuate attraverso:

- **Audit di 1°livello:** trimestrale, con richiesta di Attestazione ad ogni Responsabile (da inviare al RPCT entro il 10 del mese successivo alla scadenza del trimestre: 10/04, 10/7, 10/10, 10/1) dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza;
- **Audit di 2°livello:** semestrale, effettuato dal RPCT, con richiesta di Attestazione ad ogni Responsabile:
 - dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza (da inviare al RPCT entro il 10 del mese successivo alla scadenza del semestre: 10/7 e 10/1) – coincide con l'Audit di 1°livello per il secondo e quarto trimestre;
 - del rispetto del principio di trasparenza nell'azione amministrativa (da inviare al RPCT entro il 10 del mese successivo alla scadenza del semestre: 10/07 e 10/01);
 - dello stato di attuazione delle misure indicate nelle Schede di valutazione del rischio (da inviare al RPCT entro il 10 del mese successivo alla scadenza del semestre: 10/7 e 10/1)
 - successiva approvazione dell'OIV e pubblicazione degli esiti su apposita sezione del sito aziendale.

Modalità di svolgimento degli Audit:

- Attestazione dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza;
- Attestazione dello stato di attuazione delle misure indicate nelle Schede di valutazione del rischio;
- Verifica da parte del RPCT circa la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano e attraverso controlli a campione e/o richiesta di documenti, informazioni o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

A) Il monitoraggio dell'attuazione delle *misure di prevenzione della corruzione* contenute nel presente Piano sarà effettuato, coerentemente al principio guida della "gradualità" e tenendo nella dovuta considerazione le specificità di ARCS, semestralmente per tutte le Strutture (Audit di 2° livello) mediante richiesta, da parte del RPCT, dell'Attestazione dello stato di attuazione delle misure indicate nelle Schede di valutazione del rischio.

Al fine di adottare eventuali azioni correttive in vista della programmazione delle misure per il triennio 2023-2025, la suddetta Attestazione dovrà contenere:

- per le misure adottate gli estremi dell'atto o descrizione dell'attività svolta;
- nel caso di misure non ancora adottate o parzialmente adottate lo stato di avanzamento delle attività indicando le eventuali attività già svolte, se del caso, eventuali motivate criticità sotto il profilo tecnico, finanziario od organizzativo in ordine

al rispetto della tempistica prevista o alla possibilità stessa di attuare la misura, e/o di proporre in quest'ultima ipotesi eventuali misure sostitutive;

- ove non sia possibile adottare le misure proposte, motivare le ragioni (tecniche, finanziarie od organizzative) e/o di proporre misure di mitigazione alternative.

B) Il monitoraggio dell'attuazione delle *misure di trasparenza* previste nel presente Piano sarà effettuato nel rispetto:

- di quanto previsto dal d.lgs. 33/2013, trimestralmente per tutte le Strutture con obblighi di trasparenza (Audit di 1° e 2° livello) mediante richiesta, da parte del RPCT, dell'Attestazione dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza;
- delle disposizioni di legge, assicurando il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione mediante richiesta, da parte del RPCT, dell'Attestazione del rispetto del principio di trasparenza amministrativa.

C) Con specifico riferimento al "*conflitto di interessi*", con il presente Piano, è fatto obbligo della realizzazione e dell'implementazione progressiva del Registro delle Dichiarazioni di conflitto di interessi e loro verifica per le seguenti Strutture:

- SC Acquisizione Beni e Servizi: 5% delle dichiarazioni - semestrale
- SC Centro Regionale Formazione: 5% delle dichiarazioni - semestrale
- SC Gestione Risorse Umane: 20% delle dichiarazioni - annuale
- SSD Affari Generali: 20% delle dichiarazioni - annuale
- Comitato Etico Unico Regionale: 10% delle dichiarazioni - annuale
- Centro HTA: 10% delle dichiarazioni - annuale
- SC Ingegneria Clinica: 20% delle dichiarazioni - annuale

Il monitoraggio avverrà con cadenza semestrale (30 giugno) e/o annuale (31 dicembre), tramite richiesta, a cura del RPCT, ai Responsabili di struttura del Registro delle Dichiarazioni di conflitto di interessi debitamente compilato e inoltrato al RPCT entro il 10 luglio e/o 10 gennaio dell'anno successivo, allegando il verbale e/o l'elenco delle verifiche effettuate corredato dalla documentazione comprovanti gli accertamenti eseguiti.

D) Per quanto concerne la misura "*formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici, in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione (art. 35-bis del d.lgs. 165/2001)*" le verifiche previste sono così definite:

- SC Acquisizione Beni e Servizi: 5% delle dichiarazioni - semestrale
- SC Centro Regionale Formazione: 5% delle dichiarazioni - semestrale
- SC Gestione Risorse Umane: 20% delle dichiarazioni - semestrale

E) La misura "controlli a campione sulla correttezza del procedimento / indagini, verbali, attestazioni" è implementata con una serie di controlli a campione sulla regolarità e correttezza di alcuni processi. In particolare le Strutture coinvolte sono:

- SC Acquisizione Beni e Servizi
- SC Gestione Contratti
- SC Ingegneria Clinica
- SC Gestione Servizio Logistico Alberghiero

Di seguito si riporta un prospetto di sintesi dei monitoraggi sopra descritti:

	Strutture interessate	Tipologia monitoraggio	Modalità monitoraggio
A) Misure di prevenzione della corruzione	Tutte le strutture	Audit 2° livello (semestrale)	Attestazione dello stato di attuazione delle misure indicate nelle Schede di valutazione del rischio
B) Misure di trasparenza	Tutte le strutture con obblighi di trasparenza	Audit 1° livello (trimestrale)	Attestazione dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza
		Audit 2° livello (semestrale)	Attestazione: - dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza - del rispetto del principio di trasparenza nell'azione amministrativa
C) Conflitto di interessi	<ul style="list-style-type: none"> - SC Acquisizione Beni e Servizi - SC Centro Regionale Formazione - SC Gestione Risorse Umane - SSD Affari Generali - Comitato Etico Unico Regionale - Centro HTA - SC Ingegneria Clinica 	Semestrale e/o Annuale	Registro delle Dichiarazioni di conflitto di interessi e verbale e/o elenco delle verifiche effettuate
D) Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici (35-bis del d.lgs. 165/2001)	<ul style="list-style-type: none"> - SC Acquisizione Beni e Servizi - SC Centro Regionale Formazione - SC Gestione Risorse Umane 	Semestrale	Verbale e/o elenco delle verifiche effettuate.
E) Controlli a campione sulla correttezza del procedimento / indagini, verbali, attestazioni	<ul style="list-style-type: none"> - SC Acquisizione Beni e Servizi - SC Gestione Contratti - SC Ingegneria Clinica - SC Gestione Servizio Logistico Alberghiero 	Annuale	Verbale e/o elenco delle verifiche effettuate.

In relazione ai monitoraggi sopra indicati, resta ferma la possibilità per il RPCT di attivare programmi di monitoraggio infrannuale, di carattere generale o settoriale, in ragione di particolari eventi o necessità informative dello stesso o della Direzione strategica aziendale.

Come previsto dal PNA, il monitoraggio riguarda tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio. In relazione a ciò, in occasione delle fasi di monitoraggio sopra indicate ovvero in qualsiasi momento se ne ravvisi la necessità, i Referenti e i Responsabili di struttura sono tenuti a segnalare al RPCT le criticità e le problematiche di cui siano venuti a conoscenza nello svolgimento delle attività di competenza.

L'obiettivo dei monitoraggi è, altresì, quello di acquisire elementi di giudizio sull'efficacia delle misure adottate in termini di mitigazione del rischio corruttivo dei processi, tenuto conto dei fattori abilitanti, anche attraverso la necessaria integrazione e eventuale riprogrammazione degli obiettivi di performance.

Qualora una o più misure si rivelino non idonee a prevenire/mitigare il rischio, il RPCT dovrà intervenire con tempestività per ridefinire la modalità di trattamento del rischio.

Il processo di gestione del rischio, le cui risultanze confluiscono nel PTPCT, deve essere organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un costante flusso di informazioni e *feedback* in ogni sua fase e deve essere svolto secondo il principio guida del "miglioramento progressivo e continuo"⁹.

Il riesame periodico dell'efficienza del sistema di gestione del rischio consente un confronto e un dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione, al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi.

Il riesame periodico è coordinato dal RPCT con il contributo metodologico dell'OIV.

2.2.7 TRASPARENZA

A norma del d.lgs. 33/2013, la trasparenza è da intendersi come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni.

Al riguardo, ARCS si è impegnata nel garantire e promuovere, secondo criteri di facile accessibilità, la diffusione dei dati, dei documenti e delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme

⁹ ANAC, Schema di Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021, Allegato 1 – Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi, pag. 45, <https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaDocumentazione/ConsultazioniOnline/consultazioni?id=244ec3810a7780421714054bba4a327c>

diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, come da art. 1, c. 1 del d.lgs. 33/2013.

La trasparenza concorre, infatti, ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. La trasparenza integra, altresì, il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di un'amministrazione aperta, al servizio del cittadino (art. 1, d.lgs. 33/2013).

Oltre a quanto sopra, la trasparenza, come indicato nella L. 190/2012 e ribadito nei diversi documenti ANAC in merito, riveste un ruolo cardine e prioritario anche ai fini dell'anticorruzione, in quanto strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità, e pertanto, dev'essere in questo contesto considerata una tra le più rilevanti misure di prevenzione.

L'art. 10 del d.lgs. 33/2013 dispone inoltre che, al fine di favorire il coordinamento degli obblighi di pubblicazione con il Piano di Prevenzione della Corruzione, all'interno del Piano medesimo vengano indicati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione.

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza dell'Azienda ai sensi del d.lgs. 33/2013 si basa, ancor più a seguito delle modifiche del d.lgs. 33/2013, sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete:

- l'elaborazione/trasmissione dei dati e delle informazioni;
- la pubblicazione dei dati e delle informazioni.

Al RPCT è assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati. Svolge, altresì, stabilmente un'attività di controllo, assicurando, ai sensi dell'art. 43, c. 1 del d.lgs. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

In linea con quanto richiesto dalla normativa sopra citata, nell'Allegato 6 Sezione "Amministrazione trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione", vengono elencati in forma tabellare tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa indicando per ciascun obbligo se lo stesso risulta o meno applicabile ad ARCS e, nel caso di applicabilità, la "Struttura competente alla produzione, elaborazione e individuazione dei dati e Responsabile", nonché "Struttura competente alla pubblicazione dei dati e Responsabile".

Il PTPCT si pone necessariamente in relazione con altri documenti di natura programmatica che ARCS, nel rispetto di un quadro normativo sempre più ricco e volto a migliorare la qualità ed i servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni, si trova ad elaborare.

Di seguito alcune specificazioni:

<i>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</i>	<i>Denominazione del singolo obbligo</i>	<i>Termine entro il quale la singola Struttura invia i dati al RPCT</i>	<i>Termine entro il quale pubblicare (pubblicazione di competenza del RPCT)</i>
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	- entro 20 gg da aggiornamenti - semestrale: entro il 20/01 e 20/07	- entro 10 gg dalla comunicazione degli aggiornamenti - semestrale: entro il 31/01 e 31/07
Attività e procedimenti	Monitoraggio tempi procedurali	entro il 20/01 e 20/07	entro il 31/01 e 31/07
Altri contenuti	Registro degli accessi	entro il 20/01 e 20/07	entro il 31/01 e 31/07

A corollario del coordinamento tra PTPCT e le altre attività di programmazione vi è un efficace sistema di controlli interni in cui si colloca, rivestendo un ruolo centrale, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), nominato nel corso del 2019, chiamato a svolgere molteplici attività tra cui attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e la verifica della coerenza tra quanto previsto nel PTPCT e gli obiettivi stabiliti nel documento di programmazione del ciclo delle *performance*.

La tempestiva trasmissione e pubblicazione dei dati, in conformità alle previsioni della presente sezione ("Amministrazione trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione"), sarà oggetto di valorizzazione fra i parametri presi in considerazione per la corresponsione della parte variabile della retribuzione dei soggetti incaricati di trasmettere/pubblicare i dati, così come indicato dagli obiettivi strategici.

2.2.8 TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI (REG. UE 2016/679)

Con il 25 maggio 2018 è divenuto definitivamente applicabile in tutti i paesi UE, il Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento generale sulla protezione dei dati" (GDPR). In data 19 settembre 2018, è entrato in vigore il decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679. La normativa sopra citata impatta sulle modalità di attuazione della trasparenza amministrativa, secondo la disciplina del d.lgs. 33/2013. Occorre evidenziare, al riguardo, che l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 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, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, "è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi

previsti dalla legge, di regolamento". In particolare, 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". Tale assetto normativo non modifica i principi di liceità delle pubblicazioni previgenti, tuttavia l'entrata in vigore delle norme europee sulla protezione dei dati, ha comportato per l'ente l'adeguamento alla normativa ed una rinnovata e sempre più peculiare attenzione alla privacy degli interessati oggetto di provvedimenti potenzialmente pubblicati su Amministrazione Trasparente.

Il RGPD (UE) n. 2016/679 del 27 aprile 2016 (GDPR), ha introdotto, tra l'altro, la figura del Responsabile della protezione dei dati (RPD).

Il titolare del trattamento è tenuto a porre in essere "... *misure tecniche e organizzative adeguate per garantire che siano trattati per impostazione predefinita (privacy by default) solo i dati necessari per ogni specifica finalità del trattamento*"; inoltre, lo stesso deve mettere «*in atto misure tecniche e organizzative adeguate, quali la pseudonimizzazione, volta ad attuare in modo efficace i principi di protezione dei dati, quali la minimizzazione ...*» (art. 25 del GDPR).

In particolare all'art. 37 del RGPD viene stabilito che il RPD può essere individuato in una professionalità interna all'ente o assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente.

Proprio attraverso la realizzazione di tali misure, la complessità del bilanciamento tra il diritto alla conoscibilità e quello alla protezione dei dati personali, dovrebbe trovare una notevole semplificazione.

ARCS, in ottemperanza al regolamento (UE) n. 2016/67, si è dotata di un Modello Organizzativo Privacy (MOP), meglio descritto sul sito istituzionale alla sezione "*Policy* in materia di trattamento dei dati personali".

ARCS, pertanto, si adopera affinché si rafforzi una maggiore consapevolezza della materia all'interno della propria organizzazione e ciò, non solo con la conoscenza dei principi fondamentali alla base della vigente normativa nel trattamento dei dati, ma anche ponendo in essere tutti gli adempimenti di carattere tecnico e organizzativo atti a contribuire al miglioramento della qualità del rapporto con l'utenza e il trattamento dei dati.

L'Azienda garantisce che il trattamento dei dati personali avvenga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone fisiche, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali, a prescindere dalla nazionalità, dalla residenza o da altre condizioni e/o status personali dell'interessato. A tal proposito ARCS ha approvato il Regolamento in materia di trattamento dei dati personali con decreto del Direttore generale n. 160 del 02/11/2021.

2.2.9 ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO: IL NUOVO REGOLAMENTO

Dagli anni '90 ad oggi, tuttavia, diverse sono state le modifiche legislative che hanno coinvolto l'istituto dell'accesso agli atti, passando per il d.lgs. n. 33/2013, fino a giungere al d.lgs. n. 96/2016.

Nell'adunanza del 24 ottobre 2018 il Presidente e i componenti del Consiglio dell'Autorità nazionale anticorruzione ha licenziato, con delibera n. 1019, il "*Regolamento disciplinante i procedimenti relativi all'accesso civico, all'accesso civico generalizzato ai dati e ai documenti detenuti dall'A.N.AC. e all'accesso ai documenti amministrativi ai sensi della legge 241/1990*".

Il documento disciplina i criteri e le modalità per l'esercizio di tutte le forme normativamente previste di accesso a documenti, dati ed informazioni detenuti dall'Autorità, dall'accesso civico obbligatorio, da parte di chiunque ne abbia interesse (ai sensi dell'art. 5, c. 1, d.lgs. 33/2013), a documenti, informazioni e dati soggetti ad un obbligo di pubblicazione, all'accesso civico generalizzato, ossia al diritto di chiunque, ai sensi dell'art. 5, c. 2 dello stesso decreto trasparenza, di accedere a dati e documenti ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione nonché al diritto di accesso ai documenti amministrativi formati o detenuti dall'Autorità ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241.

A seguito dell'emanazione del succitato Regolamento, si è provveduto a riorganizzare i contenuti della pagina Altri contenuti-Accesso civico, articolandola in due sottosezioni: una specificamente dedicata all'accesso civico "semplice" e a quello "generalizzato" e una al Registro degli accessi.

Nella prima sono contenute tutte le informazioni utili per l'esercizio dell'accesso civico e la modulistica appositamente predisposta.

Nella seconda i registri degli accessi suddivisi per annualità e contenenti l'elenco delle richieste di accesso presentate ad ARCS con l'oggetto, la data dell'istanza e il relativo esito e la data del riscontro. L'elenco delle richieste viene aggiornato semestralmente, come indicato nell'Allegato 1 delle Linee Guida ANAC - Delibera n. 1309/2016.

L'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), al fine di garantire l'accessibilità dei dati e dei documenti prodotti e/o detenuti per favorire, in primis, la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa, ha approvato con decreto del Direttore generale n. 192 del 30/11/2021 il Regolamento in materia di accesso documentale e accesso civico, quale strumento per una corretta gestione delle istanze di accesso documentale, civico semplice e generalizzato.

2.2.9.1 L'ACCESSO CIVICO "SEMPLICE": PROFILI GENERALI

Il d.lgs. n. 33/2013, cd. Testo Unico per la trasparenza delle P.A., ha avuto l'importante merito di fare accedere all'interno dell'ordinamento giuridico italiano la nozione di accesso

civico affiancandola a quella già presente di accesso documentale prevista ai sensi degli articoli 22 ss. della legge n. 241/1990.

Sul punto, appare opportuno precisare che nel nostro ordinamento esistono ben due tipologie di accesso civico: l'accesso civico "semplice", previgente alla Riforma del 2016 e l'accesso civico "generalizzato" introdotto dal decreto legislativo n. 97/2016.

Orbene, con riguardo alla prima forma di accesso civico, ovvero quello cd. "semplice", esso risulta disciplinato al comma 1 dell'art. 5 d.lgs. 33/2013, che così recita: *"L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione"*.

Dalla lettura del dato normativo sopra riportato risulta rilevabile *ictu oculi* che "chiunque" abbia il diritto di richiedere alle Pubbliche Amministrazioni la pubblicazione di quei documenti, quelle informazioni o quei dati per i quali sussiste lo specifico obbligo di pubblicazione da parte delle stesse, nell'eventualità in cui esse non vi abbiano già spontaneamente provveduto.

La *voluntas legis* è, pertanto, quella di far corrispondere al dovere di pubblicazione gravante in capo alle Pubbliche amministrazioni il diritto dei privati di accedere ai documenti, ai dati e alle informazioni interessati all'inadempienza.

Una peculiarità dell'accesso civico de quo si ravvisa nel fatto che in capo al richiedente non vi sia alcun onere di motivare l'istanza di accesso e questa circostanza trova la sua ratio nel fatto che oggetto della richiesta di ostensione siano proprio quei documenti che devono essere pubblicati, *ex lege*, dalle Pubbliche amministrazioni all'interno dell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" presente sui siti istituzionali di ciascuna di esse. Trattasi, dunque, dell'accesso a quegli atti e a quei documenti di per sé pubblici ed in quanto tali conoscibili e fruibili gratuitamente da parte di "ogni cittadino".

Un esempio potrebbe aiutare a comprendere al meglio tale tipologia di accesso.

In capo alle Pubbliche amministrazioni, oggi giorno, grava l'obbligo di pubblicare sui propri siti istituzionali il *Curriculum Vitae* dei propri dirigenti. Ebbene, qualora ciò non avvenga, di fronte all'inadempienza della Pubblica amministrazione "qualsiasi cittadino" è legittimato ad effettuare l'accesso civico al fine di richiedere che quel *Curriculum Vitae* sia definitivamente reso pubblico.

2.2.9.2 L'ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO"

Il riordino della disciplina sulla trasparenza dell'*agere publicum* operato dal decreto legislativo n. 97/2016 ha avuto come suo precipuo scopo, da un lato, il voler promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e, dall'altro, il voler favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle

risorse pubbliche. Orbene, proprio al fine di raggiungere i summenzionati importanti risultati il legislatore ha ritenuto opportuno affiancare all'accesso civico "semplice" un'altra tipologia di accesso civico, equivalente all'anglosassone *Freedom of information act* (FOIA): l'accesso civico "generalizzato", che si estrinseca nell'espressione più alta del diritto all'informazione del cittadino.

L'accesso generalizzato, nello specifico, risulta disciplinato al comma 2 dell'art. 5 del d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, che così recita: *"Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis"*.

Ebbene, dalla lettura del dato normativo sopra riportato risulta rilevabile *ictu oculi* che "chiunque", senza alcun onere motivazionale, abbia il diritto di accedere ai dati ed ai documenti detenuti dalla P.A., che siano, tuttavia, ulteriori rispetto a quelli oggetto di obbligo di pubblicazione ai sensi del d.lgs. 33/2013. Trattasi, dunque, di dati e documenti in relazione ai quali pur non sussistendo alcun obbligo di pubblicazione in capo alla Pubblica Amministrazione, quest'ultima è comunque tenuta a fornirli al richiedente, ove ne venga fatta apposita istanza, sempre che ciò avvenga nel rispetto dei limiti espressamente sanciti dal co. 5 bis del decreto de quo.

I LIMITI ALL'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

In via generale l'accesso civico può essere rifiutato dalla P.A. nel caso in cui il diniego sia necessario al fine di tutelare o un particolare interesse pubblico, si pensi alla sicurezza pubblica; alla sicurezza nazionale; alla difesa e alle questioni militari; alle relazioni internazionali.

L'accesso civico può essere, altresì, rifiutato dalla P.A. nel caso in cui il diniego sia necessario al fine di tutelare un particolare interesse privato, si pensi alla protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia o alla libertà e la segretezza della corrispondenza.

IL DISCRIMEN TRA IL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO ED IL DIRITTO DI ACCESSO CLASSICO

Con riguardo al *discrimen* tra il diritto di accesso civico ed il diritto di accesso classico appare opportuno evidenziare che esso si rinvenga nelle circostanze di seguito, sia pur in somma sintesi, riportate:

- L'esercizio del diritto di accesso civico non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. Per l'accesso civico, infatti, può avanzare richiesta di accesso "chiunque" voglia accedere ai documenti amministrativi soggetti

all'obbligo di pubblicazione da parte della Pubblica amministrazione. Per l'accesso documentale, invece, l'istanza di accesso compete esclusivamente a coloro che abbiano un interesse giuridico diretto, concreto ed attuale corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata, collegata al documento al quale si richiede l'accesso.

- L'istanza di accesso civico non richiede alcuna motivazione. Per l'accesso civico, infatti, non è prescritto alcun obbligo di motivazione della richiesta di ostensione degli atti e dei documenti oggetto di istanza, cosa ben diversa rispetto a quanto avviene con l'accesso classico laddove l'obbligo di motivazione dell'istanza risiede proprio nella necessità di dover indicare i presupposti di fatto e dello specifico interesse, diretto, concreto ed attuale, che lega il documento richiesto ad una particolare situazione giuridicamente rilevante dell'istante.
- L'esercizio del diritto di accesso civico è inteso quale un'opportunità per la vigilanza partecipativa della società civile. Con l'accesso classico si esclude l'utilizzabilità del diritto di accesso allo scopo di sottoporre l'Amministrazione ad un controllo generalizzato; diversamente, invece, vale per l'accesso civico che è riconosciuto proprio *"allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali nonché a promuovere la partecipazione del cittadino al dibattito pubblico"*. Trattasi, nello specifico, di uno strumento di partecipazione dei cittadini e di controllo cd. diffuso, palesandosi, l'accesso de quo, come un concreto interessamento del cittadino alla gestione della res pubblica affinché la stessa sia improntata nel rispetto dei principi di legalità e trasparenza. La *ratio legis* è, dunque, quella tendere verso la valorizzazione del concetto di "cittadinanza attiva".
- Da un punto di vista processuale diverse sono anche le conseguenze del mancato accesso a favore dell'istante. Per quanto attiene l'accesso civico nei casi di diniego parziale o totale all'accesso o in caso di mancata risposta allo scadere del termine per provvedere (trenta giorni), contrariamente a quanto dispone la legge 241/1990, non si forma silenzio rigetto, ma il cittadino può presentare una istanza di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il quale decide con provvedimento motivato entro il termine di venti giorni dalla data di presentazione della domanda di riesame. Nessun dubbio circa il fatto che, in tal caso, si è in presenza di una speciale forma di tutela amministrativa interna.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 SOTTOSEZIONE: STRUTTURA ORGANIZZATIVA

3.1.1 LINEE STRATEGICHE PER L'ORGANIZZAZIONE

Come già evidenziato, l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute è stata istituita con LR 27/2018, a decorrere dal 01/01/2019, con contestuale soppressione dell'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con l'atto aziendale di cui all'art. 3, comma 1 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

L'atto aziendale è stato adottato con decreto DG n. 115 del 07/05/2020, per la cui consultazione nel dettaglio si rimanda al [sito istituzionale](#).

Il modello organizzativo prevede l'articolazione per dipartimenti, strutture operative complesse, semplici dipartimentali e semplici.

In sintesi, i principali indirizzi strategici cui l'Azienda si ispira in materia di strutturazione organizzativa possono essere così delineati:

- Razionalizzazione dell'articolazione organizzativa con una configurazione delle strutture dirigenziali raggruppate in dipartimenti per aree omogenee al fine di assicurare maggiore integrazione e coordinamento nell'espletamento delle funzioni;
- Razionalizzazione delle competenze assegnate alle strutture, con conseguente definizione dei profili di ruolo dei titolari degli incarichi dirigenziali di vario livello al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni di attività;
- Adeguamento dinamico della struttura organizzativa ai fabbisogni ed esigenze derivante dalla progressiva attuazione di quanto previsto dall'art. 4 della L.R. 27/2018. Tale norma prevede, infatti, che l'ARCS:
 - assicura in favore della Direzione centrale salute (DCS) compiti di carattere tecnico specialistico, per la definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociosanitaria; a tal fine, fornisce il supporto per l'individuazione del sistema di valutazione degli obiettivi affidati agli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale, oggetto di approvazione da parte della Giunta regionale;
 - fornisce il supporto per acquisti centralizzati di beni e servizi per il Servizio sanitario regionale e acquisti di beni e servizi per conto della DCS nell'ambito di quanto previsto dall'articolo 44 della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 (Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia. Ordinamento delle Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative) in merito alla Centrale unica di committenza regionale;
 - svolge le attività tecnico specialistiche afferenti a:

- 1) gestione accentrata di funzioni amministrative e logistiche;
 - 2) gestione del rischio clinico e valutazione della qualità;
 - 3) misurazione degli esiti;
 - 4) valutazione di impatto delle innovazioni e delle tecnologie sanitarie;
 - 5) valutazione degli investimenti;
- cura il coordinamento e il controllo:
- 1) delle reti cliniche di cui all'articolo 9, delle quali ne cura altresì l'attivazione;
 - 2) del governo clinico regionale di cui all'articolo 10;
 - 3) delle iniziative di formazione e di valorizzazione delle molteplici figure professionali, anche tecnico-amministrative, operanti nei settori sanitario e sociosanitario;
 - 4) delle azioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica;
 - 5) delle azioni di sanità veterinaria;
 - 6) della gestione delle tecnologie sanitarie;
 - 7) del sistema informatico del SSR, anche ai fini del suo sviluppo;
 - 8) del sistema informativo, anche ai fini del suo sviluppo, ivi compresi i flussi ministeriali; tutte le informazioni sono condivise con la DCS, che può chiedere ulteriori estensioni e approfondimenti;
- svolge compiti di struttura di valutazione di *health technology assessment*, ai sensi dell'articolo 1, comma 551, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016);
- per la DCS, svolge compiti di struttura di osservazione epidemiologica a supporto della pianificazione regionale, di struttura di programmazione attuativa e di struttura di controllo di gestione;
- svolge attività di monitoraggio e vigilanza sugli enti del SSR FVG, fornendo costantemente i dati rilevati alla DCS.

Fermi restando i compiti sopraelencati, con deliberazione della Giunta regionale e previa informazione alla Commissione consiliare competente, sono attribuiti all'Azienda regionale di coordinamento per la salute ulteriori compiti, anche al fine di assicurare:

- a) attività di analisi e di valutazione a supporto delle funzioni di pianificazione e programmazione regionali di settore;
- b) specifiche attività di supporto per esigenze del Servizio sanitario regionale anche a beneficio di uno o più enti del SSR;
- c) specifiche funzioni sanitarie accentrate di supporto alla erogazione diretta delle prestazioni al cittadino;

d) ogni ulteriore attività di interesse per i sistemi sanitario e sociosanitario.

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute svolge i compiti di cui ai commi precedenti sia attraverso le proprie strutture, sia avvalendosi di strutture degli enti del SSR, sia mediante l'acquisizione di personale da altre pubbliche amministrazioni attraverso l'istituto del comando e l'istituto del distacco.

3.1.2 ORGANIGRAMMA

Come anticipato al punto precedente la struttura organizzativa di ARCS riflette un modello organizzativo di tipo dipartimentale.

Per quanto attiene alla rappresentazione dell'organigramma aziendale si rinvia al precedente punto 2.2.3.1 del presente Piano.

Entro il 31/12/2022 dovrà essere completato, ai sensi e per gli effetti di cui alle DGR 1965/2021 e DGR 321/2022, il trasferimento dall'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale delle seguenti funzioni:

- Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti
- Raccolta sangue territoriale
- Coordinamento della rete cure sicure FVG

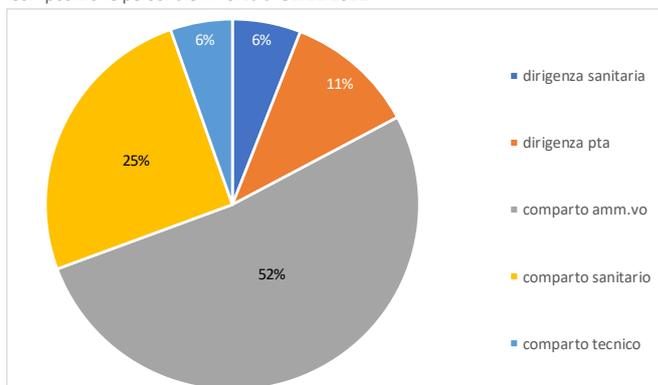
attualmente non censite nell'organigramma approvato con decreto DG 115/2020, che sarà conseguentemente aggiornato.

3.1.3 CONSISTENZA DEL PERSONALE AL 31.12.2021

Il personale in servizio alla data del 31/12/2021, distinti per ruolo, area contrattuale, profilo e tipologia di rapporto risulta essere il seguente:

Situazione al 31.12.2021																	
Dotazione organica			T.I. (1)		T.D. (2)		Comandi in (3)		Interinali (4)		Totale 5 (1+2+3+4)		di cui Comandi/Utilizzi out/lunghe assenze (6)		tot. In forza (5-6)		
ruolo	area contrattuale	Profilo	teste	fte	teste	fte	teste	fte	teste	fte	teste	fte	teste	fte	teste	fte	
Amministrativo	Comparto	Assistente Amministrativo	47	46			1	1	13	13	61	60	5	5	56	55,0	
		Coadiutore Amministrativo	1	1							1	1			1	1,0	
		Coadiutore Amministrativo Senior	2	2							2	2			2	2,0	
		Collab. Amm.vo-Professionale	31	30,5	1	1	2	2	4	4	38	38	3	3	35	34,5	
		Collab. Amm.vo-Profes. Senior	4	4							4	4	1	1	3	3,0	
Dirigenza		Direttori Amministrativi	15	15	3	3					18	18	5	5	13	13,0	
Prof	Dirigenza	Dirigente Ingegnere	4	4	1	1					5	5			5	5,0	
Sanitario	Comparto	Collab. Profes. San. - Infermiere	47	46,80			1	1			48	48	4	4	44	43,8	
		CPS - Tec. Neurofisiopatologia	1	1							1	1			1	1,0	
		cps. - Logopedista															
		Collab. Profes. San. Senior	1	1			1	1			2	2			2	2,0	
		Dirigente Farmacista	5	5	1	1					6	6			6	6,0	
Dirigenza		Dirigente Professioni Sanitarie			1	1	1	1			2	2			2	2,0	
		Dirigente Medico	2	2			1	1			3	3			3	3,0	
		Collaboratore Tecnico - Professionale	7	7					1	1	8	8			8	8,0	
Tecnico	Comparto	Assistente Tecnico	1	1							1	1			1	1,0	
		Operatore Socio Sanitario					2	2			2	2	1	1	1	1,0	
		Dirigente Sociologo	1	1							1	1			1	1,0	
	Dirigenza		Dirigente Analista	1	1							1	1			1	1,0
			Dirigente Statistico			1	1					1	1			1	1,0
totale			170	168,3	8	8	9	9	18	18	205	203,3	19	19	186	184,3	

Composizione personale in forza al 31.12.2021



3.1.4 STRUMENTI DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

La valorizzazione delle risorse umane è praticata mettendo in atto gli strumenti previsti dalla vigente disciplina contrattuale nazionale, tra i quali:

- Incarichi dirigenziali
- Incarichi di funzione
- Progressione orizzontale
- Sistema incentivante
- Istituto ferie solidali
- Diritto allo studio

Il sistema degli incarichi dirigenziali contribuisce a determinare il corretto svolgimento della funzione secondo principi di autonomia, responsabilità e valorizzazione del merito e della prestazione professionale. Di riflesso, l'articolazione dei livelli di responsabilità - aderenti all'assetto organizzativo e funzionale definito nell'Atto Aziendale - concorre ad una più efficace e proficua organizzazione e gestione delle risorse volta al raggiungimento degli obiettivi, stabiliti dalla programmazione.

Anche gli incarichi di funzione del personale del Comparto costituiscono uno strumento gestionale che concorre a realizzare un modello organizzativo flessibile di decentramento delle responsabilità, per il conseguimento degli obiettivi aziendali, e di valorizzazione delle competenze acquisite.

A tal fine ARCS, previo confronto con le organizzazioni sindacali di categoria sui criteri generali per la graduazione delle posizioni dirigenziali e criteri per il conferimento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali, ha adottato i relativi Regolamenti aziendali, rispettivamente per la Dirigenza di Area Sanità con decreto DG n. 142 del 09/06/2020 e per la Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa afferente all'area delle Funzioni Locali, con decreto DG n. 131 del 01/09/2021.

Con decreto DG n. 141 del 09/06/2020, ARCS ha anche adottato il Regolamento aziendale relativo agli incarichi di funzione del personale del Comparto, a seguito del previsto confronto sindacale sui criteri per il conferimento, la revoca e la graduazione degli stessi.

Di seguito si dà evidenza della situazione degli incarichi affidati alla data di adozione del PIAO:

INCARICHI DIRIGENZA	incarico professionale			Struttura Semplice Dipartimentale			Struttura Complessa			Totale
	F	M	tot	F	M	tot	F	M	tot	
AMMINISTRATIVO	7	2	9		2	2	5	2	7	18
Direttori Amministrativi	7	2	9		2	2	5	2	7	18
PROFESSIONALE	1	1	2		1	1		2	2	5
Dirigente Ingegnere	1	1	2		1	1		2	2	5
SANITARIO (NON MEDICI)	7		7				2		2	9
Dirigente Farmacista	5		5				2		2	7
Dirigente Professioni Sanitarie	2		2							2
SANITARIO MEDICI	1	1	2					1	1	3
Dirigente Medico	1	1	2					1	1	3
TECNICO	1		1	1	1	2				3
Dirigente Analista					1	1				1
Dirigente Sociologo				1		1				1
Dirigente Statistico	1		1							1
Totale complessivo	17	4	21	1	4	5	7	5	12	38

INCARICHI COMPARTO	nr incarichi funzione		
	F	M	totale
AMMINISTRATIVO	4	2	6
Collaboratore Amministrativo-Professionale	4	1	5
Collaboratore Amministrativo-Professionale Senior		1	1
SANITARIO	1	1	2
Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere	1	1	2
Totale complessivo	5	3	8

Quali ulteriori strumenti di valorizzazione ed incentivazione delle risorse interne:

- negli anni 2019, 2020 e 2021 è stata data applicazione alla progressione economica orizzontale del personale del Comparto. In sede di contrattazione con le parti sindacali di categoria sono stati definiti i criteri applicativi dell'istituto, tenuto conto dei previsti principi di selettività in funzione delle qualità professionali, dell'attività svolta e dei risultati conseguiti. Di seguito si dà evidenza del posizionamento del personale di comparto per categoria e fascia:

categoria	B		C							D						DS			tot.
	5	0	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	2	3	5	
fascia	5	0	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	2	3	5	
unità	1	2	25	8	5	11	2	1	36	12	13	15	6	3	3	2	3	1	149

- sempre per l'area del Comparto, con decreto DG n. 224 28/12/2021 è stato adottato il regolamento relativo agli incentivi per le funzioni tecniche svolte nell'ambito delle procedure di acquisizione di servizi, forniture, contratti misti e di gestione dei contratti ai sensi dell'art. 113 del d.lgs. 18/4/2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici); ciò anche al fine di aumentare l'efficienza dell'azione di ARCS nella gestione della funzione di approvvigionamento e gestione logistica e contrattuale per conto degli Enti del SSR e delle amministrazioni che mediante apposite convenzioni richiedono il supporto di ARCS nella gestione degli appalti.

Inoltre, per favorire il benessere organizzativo aziendale, intervenendo sulla conciliazione tra vita privata e lavoro dei dipendenti:

- con decreto DG n. 56 21/02/2020 è stato approvato il Regolamento che disciplina l'istituto delle ferie e riposi solidali previsto all'art. 34 CCNL 21/5/2018;
- con decreto DG n. 100 del 26/11/2018 è stato approvato il Regolamento che disciplina l'istituto del diritto allo studio del personale del Comparto previsto all'art. 48 CCNL 21/05/2018.

3.1.5 PROSPETTO PREVISIONALE CESSAZIONI DAL SERVIZIO NEL TRIENNIO 2022-2024

2022	Motivo cessazione			Totale
	Collocamento a riposo	Dimissioni volontarie	Mobilita' out	
Area/profilo				
Contratto Comparto	5	3	9	17
Assistente Amministrativo	3	1	4	6
Coadiutore Amministrativo Senior	1		1	2
Collaboratore Amministrativo-Professionale	1		3	4
Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere		2	1	1
Totale complessivo	5	3	9	17

2023	Motivo cessazione			Totale
	Scadenza incarico	Termine comando in	Dimissioni volontarie	
Area/profilo				
Contratto Dirigenza Medica/Veterinaria		1		1
Dirigente Medico		1		1
Contratto Comparto			1	1
Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere			1	1
Contratto Dirigenza PTA	1			1
Direttori Amministrativi	1			1
Totale complessivo	1	1	1	3

2024	motivo cessazione	
	Scadenza incarico	Totale
Area/profilo		
Contratto Dirigenza Sanitaria	1	1
Dirigente Professioni Sanitarie	1	1
Totale complessivo	1	1

3.2 SOTTOSEZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.2.1 CONTESTO

Tenuto conto dell'art. 87 del decreto legge n. 18 del 2020, nonché dell'art. 14, comma 1, della L. 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-*bis* del decreto legge 19/05/2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17/07/2020, n. 77, ARCS ha introdotto e praticato nel biennio 2020-2021 la modalità operativa del lavoro agile al fine di ridurre i rischi in ambito lavorativo del contagio da COVID, prestando contestualmente attenzione allo sviluppo della medesima tipologia lavorativa a regime.

In tale contesto è stata adottata, con decreto DG n. 177 del 24/07/2020, la *Policy aziendale in materia di lavoro agile* e con decreto DG. n. 99 del 28/06/2021 è stato approvato il Piano della performance 2021-2023 che include anche il POLA, redatto in conformità alle "Linee Guida sul Piano Organizzativo del lavoro agile e Indicatori di Performance" emanate dal Ministro per la Pubblica Amministrazione con D.M. 09/12/2020.

Il quadro normativo delineato in periodo di pandemia ha subito una sostanziale variazione in seguito alla adozione del DPCM 23/09/2021 in virtù del quale, a decorrere dal 15/10/2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, d.lgs. 165/2001, è quella in presenza, fermo restando che le amministrazioni assicurano il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da COVID-19 impartite dalle competenti autorità.

Il successivo DM Ministero della Pubblica Amministrazione del 08/10/2021, recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, ha stabilito le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile, nelle more della disciplina da parte del CCNL:

- a) invarianza dei servizi resi all'utenza;
- b) adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione del lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, c. 1, della L. 22/05/2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
 1. gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
 2. le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
 3. le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;

- g) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- h) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

In data 30/11/2021 sono state adottate da parte del Ministero per la Pubblica Amministrazione le linee guida in materia di lavoro agile, sulle quali è intervenuta anche l'intesa rep. Atti 214/CU del 16/12/2021 con la Conferenza Unificata delle Regioni e Province Autonome.

Da ultimo, con circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e del Ministro della Pubblica Amministrazione del 5/01/2022, in merito al ricorso al lavoro agile a seguito dell'acuirsi dei contagi manifestatosi a ridosso del periodo delle festività e ancora in fase ascendente, è stato raccomandato *"il massimo utilizzo di modalità di lavoro agile per le attività che possono essere svolte al proprio domicilio o a modalità a distanza, ferma la necessità che il datore di lavoro garantisca adeguate condizioni di supporto al lavoratore e alla sua attività (assistenza nell'uso delle apparecchiature, modulazione dei tempi di lavoro e delle pause)"*.

In tale contesto, quindi, di apertura al lavoro agile, ma anche di invito ad un utilizzo dello stesso in termini non prevalenti, l'ARCS ha continuato a far ricorso al lavoro agile, adattando di volta in volta la propria organizzazione anche in funzione dell'evoluzione pandemica.

Di seguito alcuni dati di sintesi sull'utilizzo dell'istituto nel biennio 2020-2021:

descrizione	anno	
	2020	2021
lavoratori agili potenziali	98	154
lavoratori agili effettivi che hanno effettuato almeno 1 giorno di lavoro agile nell'anno	95	76
Giornate complessive di lavoro agile fruite	3437	2778

data avvio lavoro agile 11 marzo 2020

3.2.2 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO ATTUALE

Il personale aziendale afferisce alle sotto indicate aree contrattuali:

- Area delle funzioni Locali (dirigenza PTA)
- Area Sanità (dirigenza sanitaria e medico-veterinaria)
- Area comparto sanità

per le quali non risultano sottoscritti i contratti collettivi nazionali relativi al triennio 2019-2021, ma esclusivamente l'ipotesi di contratto collettivo nazionale relativo al personale del comparto sanità sottoscritta in data 15/06/2022. Pertanto, nelle more della sottoscrizione dei CCNL relativi alle aree su indicate, le misure organizzative adottate in azienda con il decreto DG n. 177 del 24/07/2020 sono adeguate in coerenza alle disposizioni recate da:

DM 08/10/2021 – art. 1 *"Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni"* ed in particolare alle condizioni previste dal comma 3;

L. 81 del 22/05/2017 " *Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi di lavoro subordinato*" con particolare riferimento all'art. 18 e all'art. 23;

L. 124 del 07/08/2015 " *Delega al Governo in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche*" ed in particolare all'art. 14 ove è previsto che il lavoro agile si applica almeno al 15% dei dipendenti, ove lo richiedano.

3.2.3 DISCIPLINA AZIENDALE LAVORO AGILE 2022-2024

Art. 1 – Definizioni

1. Si intende per:

- a) "lavoro agile": una modalità flessibile e semplificata di lavoro finalizzata a incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- b) "sede di lavoro": la sede abituale di servizio del dipendente, presso l'azienda;
- c) "strumenti di lavoro agile" strumenti tecnologici (es. pc, tablet, cellulari, ecc.) utilizzati dalla lavoratrice e dal lavoratore per l'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile, messi a disposizione dall'azienda;
- d) "diritto alla disconnessione" – diritto riconosciuto al lavoratore agile di disattivare i propri dispositivi di connessione per evitare la ricezione di comunicazioni aziendali oltre l'orario di lavoro o nei periodi di assenza legittimati (ferie, permessi, L. 104/1992, ecc.). La disconnessione costituisce a pieno titolo una misura preventiva per tutelare la salute psico-fisica del lavoratore agile.

Art. 2 – Caratteristiche e condizioni del lavoro agile

1. Lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile:

- a. deve essere compatibile con la tipologia di attività cui il lavoratore è tenuto e l'organizzazione degli uffici e del lavoro,
- b. non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti,
- c. deve essere effettuata garantendo una adeguata rotazione del personale, anche qualora lo richiedano misure di carattere sanitario, fermo restando che deve essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;
- d. ove sia stato accumulato lavoro arretrato, il dirigente responsabile assegna al lavoratore agile un piano di recupero;
- e. è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale tra lavoratore e dirigente responsabile della struttura di assegnazione ove sono definiti:

1. gli specifici obiettivi della prestazione resa,

2. le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità;

3. le modalità e i criteri di misurazione della prestazione resa.

f. è resa nel rispetto dei vincoli di orario giornaliero e settimanale massimi derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva ed è consentita solo a giornata intera. Non genera eccedenze orarie.

2. ARCS mette in atto ogni utile adempimento al fine di garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattati dal lavoratore agile e mette a disposizione dello stesso apparati digitali e tecnologie adeguati alla prestazione di lavoro richiesta (vedi allegato 1 – Tecnologie)

Art. 3 – Ambito di applicazione

1. La presente disciplina si applica a tutto il personale in servizio presso ARCS sia con contratto di lavoro a tempo indeterminato che determinato, tempo pieno o parziale, ivi compreso il personale in comando in o con rapporto di lavoro somministrato, compatibilmente con l'organizzazione dei servizi e del lavoro, secondo criteri di priorità di seguito definiti.
2. La prestazione lavorativa in modalità agile è applicata al 20% del personale impiegato nelle attività che possono essere svolte in tale modalità e riportate nell'allegato 2. Tale percentuale è quindi convertita in ore fruibili settimanalmente come tetto massimo per struttura così come riportato nella tabella allegato 3.

Art. 4 - Attività non compatibili con il lavoro agile

1. Sono escluse dai progetti di lavoro agile, tenuto conto della natura e delle modalità di svolgimento, le attività che richiedono una presenza continuativa del dipendente o che prevedono un contatto costante con l'utenza, quali a titolo semplificativo e non esaustivo:
 - Attività SORES
 - Protocollo aziendale
 - Attività segreteria direzione generale
 - Attività commissioni gara e concorso
2. ARCS si riserva di integrare ulteriormente le attività non espletabili in modalità agile, nel rispetto dei requisiti sopra indicati, qualora se ne ravvisasse la necessità o opportunità.

Art. 5 - Tempi e strumenti del lavoro agile

1. Il personale autorizzato alla modalità "lavoro agile" può svolgere la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, ordinariamente per un massimo di 8 giornate al mese, da concordare con il responsabile di struttura, essendo l'orario di lavoro articolato 5 gg su 7. Fermo restando che l'orario settimanale in presenza deve essere sempre superiore a quello effettuato in modalità agile.

2. Le giornate in lavoro agile di cui al comma precedente sono ridotte in relazione all'utilizzo di altri istituti che prevedano l'assenza retribuita dal lavoro (es. ferie, malattia, permessi, congedi ecc.).
3. Al fine di garantire un'efficace interazione con il servizio di appartenenza ed un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il dipendente in lavoro agile deve essere contattabile in fasce orarie anche discontinue individuate nel progetto di lavoro agile di cui all' articolo 6, come segue;
 - a. profili non dirigenziali per almeno 4 ore/giorno,
 - b. dirigenti per almeno 6 ore/giorno.
4. Le fasce orarie di contattabilità di cui al comma precedente devono collocarsi all'interno dell'intervallo 8.00 – 18.00 e sono definite in accordo con il responsabile di struttura.
5. Fatte salve le fasce di contattabilità di cui al comma 3, al lavoratore in modalità agile è garantito il rispetto dei tempi di riposo nonché il "diritto alla disconnessione" dalle strumentazioni tecnologiche, pari ad almeno 11 ore consecutive nell'arco delle 24.

Art. 6 - Il progetto individuale di lavoro agile

1. Il progetto individuale di lavoro agile è il documento fondante la richiesta di attivazione di tale modalità lavorativa ed è elaborato dal dipendente, sulla base dello schema tipo allegato 4.
2. Il progetto individuale deve riportare obbligatoriamente:
 - a) le informazioni identificative del dipendente e della struttura di appartenenza;
 - b) gli obiettivi da raggiungere;
 - c) gli indicatori di verifica sia di processo che di esito e le modalità di valutazione;
 - d) la durata del progetto;
 - e) le giornate settimanali/mensili di lavoro agile;
 - f) fasce orarie di contattabilità;
 - g) tipologia strumentazione tecnologica necessaria per espletamento attività e software necessari;
 - h) luogo di prestazione del lavoro agile.
3. Il progetto è soggetto alla preventiva approvazione del responsabile della struttura di appartenenza del richiedente e costituisce parte integrante dell'accordo individuale di cui al successivo art. 8. A tal fine il responsabile dovrà verificare che il progetto soddisfi tutti i requisiti di cui alla presente disciplina ivi compresi i criteri di priorità di cui al successivo articolo.

Art. 7 - Criteri di priorità

1. Qualora pervengano più richieste rispetto alle possibilità organizzativo - funzionali della struttura, per l'individuazione del personale da adibire al lavoro agile si applicano i seguenti criteri di priorità:
 - a. livello di autonomia operativa e decisionale del richiedente rispetto alla progettualità proposta;

- b. condizione di lavoratrice nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del D. Lgs. 151/2001 ovvero di lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, c. 3 della L. 104/1992;
 - c. esigenze di cura nei confronti di figli minori di 14 anni, di familiari o conviventi debitamente documentate;
 - d. condizioni di salute della dipendente o del dipendente, debitamente certificate;
 - e. maggiore tempo di percorrenza per raggiungere la sede di lavoro;
 - f. minore fruizione di giornate di lavoro agile nell'anno precedente;
 - g. possibilità/opportunità di attivare il desk-sharing tra più colleghi
2. I requisiti di priorità devono essere posseduti e dichiarati al momento della presentazione della richiesta.
3. Al fine di garantire pari opportunità di accesso alla modalità lavorativa "lavoro agile" il responsabile di struttura periodicamente informa i collaboratori sulla possibilità/opportunità di attivare tale modalità, fissando il tetto massimo dei contratti attivabili, compatibilmente con le possibilità organizzativo funzionali della struttura.

Art. 8 – Accordo individuale di lavoro

1. La sottoscrizione dell'accordo individuale di lavoro, secondo lo schema di cui all'allegato 5 è condizione necessaria per l'attivazione del rapporto in modalità agile.
2. Il progetto individuale costituisce parte integrante e sostanziale dell'accordo.

Art. 9 – Modalità svolgimento

1. Nell'ambito del progetto autorizzato, le giornate di svolgimento delle prestazioni in lavoro agile dovranno essere comunicate dal dipendente al proprio responsabile mediante utilizzo del "Portale del dipendente" – codice SMARTW – indicando nel campo note le attività che verranno espletate.
2. In ragione delle esigenze di servizio, il responsabile valuta di volta in volta e conseguentemente approva o respinge la richiesta in modo da garantire anche una adeguata presenza di personale presso l'abituale sede di lavoro.
3. Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Art. 10 - Strumenti di lavoro

1. Per lo svolgimento del lavoro agile ARCS fornisce, di norma, pc portatili e applicativi aziendali (o in uso all'azienda). In casi eccezionali può essere autorizzato l'utilizzo di dispositivi personali: in tal caso il lavoratore deve essere in possesso di regolare licenza per l'utilizzo del Sistema Operativo; l'azienda non si assume responsabilità in merito alla regolarità della licenza dei prodotti utilizzati.

2. Il lavoratore si impegna ad utilizzare gli strumenti forniti da ARCS esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa.
3. I dipendenti sono tenuti alla custodia e all'utilizzo della strumentazione fornita da ARCS in maniera conforme alla policy aziendale in materia (disponibile in bacheca lettura sulla share di rete accessibile a tutti i lavoratori); la manutenzione degli apparati aziendali resta a carico dell'ARCS.
4. Ogni altro costo economico collegato direttamente o indirettamente allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile (ad es. elettricità, riscaldamento, connessioni telefoniche, ecc.) è a totale carico del dipendente.
5. Nel caso di malfunzionamenti tecnici di qualsiasi natura che impediscano lo svolgimento dell'attività il lavoratore è tenuto a darne tempestiva comunicazione al responsabile della struttura di appartenenza, che potrà valutare il rientro della risorsa presso la sede di lavoro per la parte residua della giornata lavorativa e comunque fino alla risoluzione del malfunzionamento.
6. Qualora il raggiungimento della sede ordinaria di lavoro non sia possibile, anche in considerazione della distanza tra detta sede e il luogo di lavoro agile, la copertura della giornata, totale o parziale, dovrà essere giustificata dal lavoratore con ferie o permessi a sua disposizione.
7. Nel caso di malfunzionamenti del hardware aziendale -laptop- sarà cura del lavoratore consegnare tempestivamente il dispositivo difettoso alla struttura Tecnologie Informatiche per le dovute valutazioni; fino alla completa riparazione del guasto, l'attività in modalità agile resta sospesa qualora non siano disponibili dispositivi sostitutivi o il dipendente non abbia la disponibilità di proprio hardware idoneo all'uopo.

Art. 11 – Trattamento giuridico economico

1. ARCS garantisce che i dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. L'assegnazione del dipendente a progetti di lavoro agile non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, regolato dalle norme legislative, contrattuali e alle condizioni dei contratti collettivi nazionali e integrativi relativi al personale del SSN vigenti né sul trattamento economico in godimento, salvo quanto previsto ai commi 3 e 4.
2. La prestazione lavorativa resa con la modalità agile è considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi abituali ed è considerata utile ai fini degli istituti di carriera, del computo dell'anzianità di servizio, nonché dell'applicazione degli istituti contrattuali di comparto relativi al trattamento economico accessorio.
3. Per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, nelle giornate di lavoro agile non sono riconoscibili le prestazioni di lavoro straordinario, le prestazioni aggiuntive a qualsiasi titolo prestate, né permessi brevi ed altri istituti che comportino riduzioni di orario.
4. Nelle giornate di attività svolte in lavoro agile non è attribuibile il buono pasto e non sono effettuabili eventuali prestazioni lavorative autorizzate ex art. 53, c. 6. del D. Lgs. 165/2001.

Art. 12 - Obblighi di custodia della documentazione

1. Il lavoratore è tenuto a custodire con diligenza la documentazione utilizzata nella sede di lavoro agile, i dati e gli strumenti tecnologici eventualmente messi a disposizione da ARCS o necessari allo svolgimento della prestazione.

Art. 13 – Sicurezza sul lavoro

1. ARCS garantisce, ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, la salute e la sicurezza del lavoratore in coerenza con l'esercizio dell'attività di lavoro in modalità agile e consegna al singolo dipendente e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, l'informativa scritta (allegato n. 6) con indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo indicazioni utili affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa.
2. ARCS non risponde degli infortuni verificatisi a causa della mancata diligenza del lavoratore nella scelta di un luogo non compatibile con quanto indicato nell'Informativa.
3. Ogni lavoratore è tenuto a collaborare diligentemente con l'Azienda al fine di garantire un adempimento sicuro, corretto e proficuo della prestazione di lavoro.
4. ARCS comunica agli organi competenti i nominativi dei lavoratori che si avvalgono di modalità di lavoro agile, secondo quando previsto dalla normativa prevista nel tempo.

Art. 14 – Assicurazione obbligatoria per infortuni e malattie professionali

1. Al lavoratore agile è riconosciuto il diritto alla tutela contro gli infortuni e le malattie professionali connessi allo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali in conformità alle disposizioni di cui all'art. 23 della L. 81/2017.

Art. 15 - Lavoro agile e performance

1. In attuazione dell'articolo 14 della legge n. 124 del 2015, l'adozione della modalità di lavoro agile è oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale.

Art. 16 -Recesso dall'accordo

1. Sia il lavoratore che l'Azienda, durante il periodo di svolgimento del progetto di lavoro agile possono, fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo prima della sua naturale scadenza.

Art. 17 – Monitoraggio impatto lavoro agile

1. ARCS adegua progressivamente i propri sistemi di monitoraggio individuando idonei indicatori al fine di valutare efficienza, efficacia ed economicità delle attività svolte in modalità agile.

Art. 18 – Privacy e trattamento dati personali

1. Il lavoratore - in qualità di "incaricato" al trattamento dei dati personali per conto di ARCS – dovrà osservare tutte le istruzioni e le misure di sicurezza di cui alla nomina ad incaricato di primo o secondo livello sottoscritta, anche presso il luogo di prestazione

lavorativa fuori sede. In particolare, con riferimento alle modalità di lavoro agile, vengono richiamate istruzioni di seguito riportate. Il lavoratore deve:

- porre ogni cura per evitare che ai dati possano accedere persone non autorizzate presenti nel proprio luogo di prestazione lavorativa fuori sede;
 - procedere a bloccare lo strumento in dotazione in caso di allontanamento dalla propria postazione di lavoro, anche per un intervallo molto limitato di tempo e rispettare il vigente regolamento per l'utilizzo degli strumenti aziendali "Policy ARCS per l'utilizzo delle [risorse informatiche](#)";
 - a conclusione della prestazione lavorativa giornaliera, conservare e tutelare i documenti eventualmente stampati provvedendo alla loro eventuale distruzione solo una volta rientrato presso la propria Struttura presso Arcs;
2. in via eccezionale, qualora al termine del lavoro risulti necessario trattenere presso il proprio domicilio materiale cartaceo contenente dati personali, lo stesso dovrà essere riposto in armadi, cassetti o altri contenitori muniti di serratura.
 3. Arcs tratterà i dati personali del lavoratore nel rispetto del Reg. UE 2016/679 nei limiti e con le modalità previste nell'informativa privacy a suo tempo trasmessa a tutti i dipendenti.

Art. 19 - Disposizioni finali

1. Per quanto non espressamente previsto dalla presente disciplina si applicano le disposizioni previste dalla normativa, dalle disposizioni ministeriali e dalla contrattazione collettiva vigente nel tempo.

STRUTTURA	Attività gestibili in modalità agile*	Totale collab (agili e non)	N. collab (elegibili)	% elegibili su totale	media GG sett cad
Acquisizione Beni e Servizi	50%	33	33	100%	1,5
Affari Generali	50%	4	4	100%	2
Centro Regionale Formazione	80%	7	7	100%	2
Comunicazione e Qualità	90%	7	6	86%	2
Coordinamento e Valorizzazione Professioni Sanitarie	20%	1	1	100%	1,5
Farmacia Centrale	40%	7	7	100%	1,5
Gestione Assicurativa Centralizzata	60%	4	4	100%	1,5
Gestione Contratti	90%	12	12	100%	2
Gestione Economico Finanziaria	0%	12	0	0%	0
Gestione Prestazioni Sanitarie	80%	2	2	100%	2
Gestione Risorse Umane	20%	12	8	67%	1,5
Gestione servizi logistico - alberghieri	40%	16	10	63%	1,5
Ingegneria clinica	80%	8	7	88%	2
Politiche del Farmaco, Dispositivi medici e Protesica	70%	10	10	100%	2
Programmazione, pianificazione controllo direzionale	80%	7	7	100%	2,5
Tecnologie Informatiche	10%	3	1	33%	2
MEDIA	56%	148	122	84%	2

3.3 SOTTOSEZIONE: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Piano triennale dei fabbisogni è lo strumento strategico e programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini – e per quanto attiene ARCS - alla Direzione Centrale Salute e alle Aziende Sanitarie del SSR FVG compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa di personale.

È un adempimento prescritto dall'articolo 6 del d.lgs. 165/2001 che, al comma 2, stabilisce che *Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2.* Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente".

In tema è intervenuta la Regione FVG che con deliberazione di Giunta Regionale n. 321 dell'11/03/2022 "*Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale, anno 2022*" ha fornito le seguenti indicazioni per la redazione del PTFP 2022-2024:

- le Aziende ed Enti del SSR sono tenuti ad adottare la proposta di PTFP 2021-2023 in occasione dell'approvazione del bilancio preventivo economico annuale, utilizzando le tabelle fornite dalla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità;
- il PTFP aziendale deve essere coerente con la cornice finanziaria delineata dalla DGR stessa;
- il tetto di spesa per l'anno 2022 per il personale degli enti del SSR è fissato in complessivi € 865.235.325,29 di cui finalizzati ad ARCS € 10.629.090,32;
- la proposta di PTFP è approvata con decreto della Direzione Centrale Salute;

A seguito del completamento di detto iter il Piano triennale dei fabbisogni del personale è stato adottato con [decreto DG n. 77 del 09/05/2022](#) a cui per completezza si rimanda.

Del rispetto dei vincoli viene dato conto alla Direzione Centrale Salute in sede di rendiconto trimestrale.

3.4 SOTTOSEZIONE: FORMAZIONE DEL PERSONALE

3.4.1 LA FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE

La formazione delle risorse umane riveste un ruolo fondamentale per lo sviluppo di una cultura organizzativa orientata al miglioramento continuo, il sostegno ai cambiamenti richiesti alla pubblica amministrazione e per garantire la formazione e la riqualificazione del personale in un'ottica di apprendimento permanente.

La programmazione annuale e pluriennale della formazione delle risorse umane tiene conto dell'individuazione dei fabbisogni in coerenza con:

- la programmazione delle attività del Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- l'evoluzione normativa;
- la necessità di garantire percorsi di qualità, sicuri e appropriati ai cittadini.

L'attività di formazione di ARCS si articola su tre fronti:

- Formazione del personale interno dell'Ente (programma della formazione aziendale);
- Formazione del personale delle aziende sanitarie ed Enti del SSR (da funzioni derivanti dal piano regionale della formazione);
- Formazione generale, specifica e continua nell'ambito del Centro di Formazione per l'Assistenza Sanitaria (CeForMed).

3.4.2 LINEE STRATEGICHE PER LA FORMAZIONE

ARCS considera che la formazione ha un valore strategico della formazione per i professionisti dell'Azienda e mette in atto tutte le strategie possibili per favorire, favorire la partecipazione alle iniziative formative nel rispetto degli impegni di istituto e assicurando la conciliazione con i tempi di vita e di lavoro, tenuto conto delle tecniche androgogiche e dei processi di apprendimento, optando di volta in volta per modalità di formazione che possono essere ne sul campo, in presenza o a distanza e viene promosso l'utilizzo delle tecnologie disponibili.

A partire dal 2022 il provider ECM di ARCS è anche individuato quale provider pilota della nuova piattaforma FAD regionale.

Le priorità sulle quali ARCS orienta le azioni di formazione per l'anno 2022 e per gli anni a seguire, in relazione al fabbisogno aziendale e per la risposta ad alcune linee strategiche regionali, riguardano:

- a) Formazione manageriale:
 - Per Direttori generali;
 - Per Direttori di struttura complessa;
 - Per il Middle Management;
 - Per dirigenti amministrativi;
 - Per dirigenti ingegneri e clinici.

- b) Formazione specifica per la sicurezza dei lavoratori: sia formazione generale di base sia specifica per strutture a basso e ad alto rischio nonché per Direzioni aziendali, Dirigenti e proposti
- c) Formazione continua su anticorruzione (livelli base e avanzato), accessibilità, tecnologie informatiche e sistemi informativi
- d) Formazione per aspetti sanitari quali: emergenze sanitarie, coordinamento reti cliniche, qualità e sicurezza delle cure
- e) Prosecuzione dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale e, in coerenza con quanto stabilito dal Comitato di indirizzo della Scuola, supporto per le iniziative di formazione continua dei Pediatri di libera scelta, nonché dei Medici specialisti ambulatoriali interni, dei Medici veterinari ed altre Professionalità sanitarie ambulatoriali, (oltre alle tematiche che verranno sviluppate nelle riunioni delle AFT distrettuali) nonché per le giornate dei congressi regionali delle tre aree contrattuali.

3.4.3 OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI DELL'AZIONE FORMATIVA

Gli obiettivi generali dell'attività formativa del triennio 2022 – 2024 possono essere così definiti:

- Accompagnare e favorire il processo di cambiamento e l'innovazione In ARCS e nelle Aziende del Servizio sanitario regionale;
- Promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'azione sanitaria, tecnica e amministrativa, la semplificazione delle procedure e lo sviluppo dell'organizzazione agile attraverso la revisione e la reingegnerizzazione dei processi;
- Rafforzare le competenze professionali e manageriali del personale anche in relazione con il contenuto e gli indirizzi dei documenti programmatici del contesto aziendale e sovraaziendale;
- Sviluppare le competenze digitali del personale neo assunto e di quello già presente in servizio;
- Sviluppare le capacità di gestione e le *softskills* delle figure direttive e intermedie che si relazionano in maniera continuativa e collaborativa con i portatori d'interesse interni ed esterni all'ente;
- Contribuire a sviluppare le competenze necessarie ad affrontare scenari complessi ed emergenziali con riferimento alle emergenze sanitarie territoriali, al *risk management* e alla sicurezza delle cure;
- Sostenere la qualità del servizio anche in un'ottica di attenzione nei confronti degli *stakeholders*, di *customer satisfaction*, di valutazione partecipativa e di misurazione degli standard di qualità;
- Promuovere la cultura dell'integrità, dell'etica e della trasparenza;
- Garantire la formazione e l'aggiornamento su materie obbligatorie (anticorruzione, privacy, sicurezza sul lavoro);
- Rinforzare le conoscenze degli addetti alle funzioni di progettazione, compresi i progettisti della formazione;
- garantire la continuità formativa teorica e pratica per la formazione specifica in medicina generale e supportare le iniziative di formazione continua dei Pediatri di libera

scelta, nonché dei Medici specialisti ambulatoriali interni, dei Medici veterinari ed altre Professionalità sanitarie ambulatoriali.

Ai dipendenti dell'Ente sono concessi, in aggiunta alle attività formative programmate dall'amministrazione, permessi retribuiti, nella misura individuale di 150 ore per ciascun anno solare e nel limite del 3%, arrotondato all'unità superiore, del personale in servizio all'inizio di ogni anno.

I risultati attesi della formazione – qualitativi, quantitativi e temporali – in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione dei dipendenti, sono i seguenti:

Risultato atteso	2022	2023	2024
Percentuale copertura di personale che ha svolto almeno un evento formativo	70%	70%	70%
Media gradimento partecipanti sui corsi svolti	4/5	4/5	4/5
Percentuale partecipanti che superano il test finale	80%	80%	80%

Nel corso del triennio il sistema di valutazione dei risultati sarà integrato anche con la media di giornate di formazione per dipendente, tenendo conto sia dei corsi prodotti ed erogati dal provider ECM di ARCS, sia dei corsi prodotti da altri provider ECM cui parteciperanno i dipendenti, sia dei corsi esterni non ECM debitamente autorizzati per motivi specifici.

3.4.4 STRUMENTI E RISORSE ATTIVABILI NEL TRIENNIO 2022/2024

Le risorse interne ed esterne disponibili e attivabili nel triennio 2022/2024 ai fini dell'attuazione delle strategie formative riguardano le previsioni di spesa all'interno del bilancio di ARCS e l'assegnazione di risorse sovraziendali per le attività formative in capo ad ARCS ma destinate per tutto il SSR e al CeForMed.

Gli strumenti attivabili o da mantenere nel triennio sono:

- la partecipazione alle riunioni di coordinamento dei Provider ECM e alla comunità di pratica dei servizi formazione degli enti del SSR al fine del raggiungimento degli obiettivi dei fini formativi;
- utilizzo di e-learning, video conferenze, formazione a distanza e nuove modalità di apprendimento in modalità sincrona e asincrona;
- progettazione e produzione interna di pacchetti formativi da somministrare in modalità asincrona e favorire l'autoformazione individuale;

- percorsi formativi in modalità residenziale, di formazione sul campo o *blended* (ove richiesto) rivolti alla totalità del personale o a segmenti di esso;
- progetti formativi caratterizzati da formazione intervento e attività pratiche finalizzati alla realizzazione di progetti specifici;
- partecipazione ad iniziative formative per specifiche professionalità svolte in collaborazione con l'ambito universitario;
- corsi a catalogo svolti da soggetti pubblici e privati;
- attivazione di iniziative formative congiunte (corsi e convegni) con altri enti pubblici.

È previsto che nel triennio tutta la gestione dell'attività formativa del provider ECM, (dalla raccolta del fabbisogno, alla progettazione, all'erogazione e registrazione degli eventi formativi, rendicontazione e chiusura degli stessi) avvenga in modo informatizzato, attraverso l'utilizzo di un apposito gestionale. È anche previsto che venga effettuata una formazione a tutto il personale per l'utilizzo di tale sistema.

3.4.4.1 MONITORAGGIO

Il monitoraggio relativo alla formazione si compone di tre aspetti:

- 1) Pianificazione pluriennale in relazione ai fabbisogni rilevati e agli obiettivi individuati nel piano;
- 2) Programmazione annuale delle attività formative e adeguamento in relazione a bisogni emergenti entro l'annualità;
- 3) Monitoraggio economico.

È previsto un rendiconto annuale per quanto riguarda la pianificazione pluriennale con eventuale conseguente rimodulazione del piano per il triennio successivo, ed è prevista la progressiva implementazione semestrale della rendicontazione per le attività formative programmate e i fabbisogni rilevati all'interno della singola annualità.

È previsto un rendiconto trimestrale per quanto riguarda il monitoraggio economico.

APPENDICI

APPENDICE 1 – PERFORMANCE

Allegato 1 – Supporto tecnico per il governo del Sistema sanitario regionale

Allegato 2 – Controllo e coordinamento del sistema sanitario regionale

Allegato 3 – Servizi accentrati di natura amministrativa, sanitaria e sociosanitaria, tecnico e logistica

Allegato 4 – Funzionamento interno dell'ente

Allegato 5 – Obiettivi da Piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza 2022-2024

Allegato 6 – Obiettivi Lavoro Agile

APPENDICE 2 – ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Allegato 1 – Schede mappatura e valutazione rischi

Allegato 2 – Misure di prevenzione della corruzione

Allegato 3 – Istruzioni valutazione del rischio

Allegato 4 – Schede analitiche special

Allegato 5 – Registro degli eventi rischiosi

Allegato 6 – Sezione “Amministrazione trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione”

APPENDICE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Allegato 1 – Tecnologie

Allegato 2 – Elenco attività

Allegato 3 – Soglia massima ore lavoro agile per struttura

Allegato 4 – Modulo progetto

Allegato 5 – Accordo individuale

Allegato 6 – Informativa sulla sicurezza