ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025 - 2027

PREMESSA 5
INTRODUZIONE 5
COME LEGGERE IL PIAO 7
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA 8
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE 9
2.1 VALORE PUBBLICO 9
2.2 PERFORMANCE 11
2.2.1 OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE 11
2.2.2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 11
2.2.3 SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE 14
2.2.3.1 Cybersicurezza 15
2.2.3.2 Gestione centralizzata sinistri 16
2.2.4 ACCESSIBILITÀ FISICA E DIGITALE 16
2.2.5 PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE 17
2.2.6 IL COMITATO UNICO DI GARANZIA E IL PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE 17
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 20
2.3.1 FINALITA' 20
2.3.2 SOGGETTI COINVOLTI NELL'ELABORAZIONE DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 21
2.3.3 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO 22
2.3.3.1 CONTESTO ESTERNO 23
2.3.3.2 CONTESTO INTERNO 24
2.3.4 MAPPATURA DEI PROCESSI 30
2.3.5 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO 30
2.3.5.1 IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO 30
2.3.5.2 VALUTAZIONE DEL RISCHIO 31
2.3.6 PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO 33
2.3.6.1 MISURE GENERALI E MISURE SPECIFICHE 34
2.3.7 PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO 41
2.3.8 MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DEI RISCHI CORRUTTIVI 44
2.3.8.1 MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA SOTTOSEZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA DEL PIAO 2024-2026 44
2.3.8.2 MONITORAGGIO PREVISTO PER LA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO 2025-2027 45
2.3.9 PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE E MONITORAGGIO DELLA TRASPARENZA 49
2.3.9.1 TRASPARENZA E APPALTI 51

2.3.9.2 ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO 52
2.3.9.3 TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI (REG. UE 2016.679) 53
2.3.9.4 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E FONDI PNRR 54

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 55

3.1.1 LINEE STRATEGICHE PER L'ORGANIZZAZIONE 55
3.1.2 ORGANIGRAMMA 56
3.1.3 CONSISTENZA DEL PERSONALE AL 31.12.2024 57
3.1.4 STRUMENTI DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE 57

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE 60
3.2.1 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO ATTUALE 60
3.2.2 DEFINIZIONI 60
3.2.3 CARATTERISTICHE E CONDIZIONI DEL LAVORO AGILE 60
3.2.4 AMBITO DI APPLICAZIONE 61
3.2.5 ATTIVITÀ NON COMPATIBILI CON IL LAVORO AGILE 61
3.2.6 TEMPI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE 61
3.2.7 IL PROGETTO INDIVIDUALE DI LAVORO AGILE 62
3.2.8 CONTRATTO INDIVIDUALE DI LAVORO 62
3.2.9 LAVORATORI FRAGILI 62
3.2.10 MODALITÀ SVOLGIMENTO 62
3.2.11 STRUMENTI DI LAVORO 62
3.2.12 TRATTAMENTO GIURIDICO ECONOMICO 63
3.2.13 OBBLIGHI DI CUSTODIA DELLA DOCUMENTAZIONE 64
3.2.14 SICUREZZA SUL LAVORO 64
3.2.15 ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI 64
3.2.16 LAVORO AGILE E PERFORMANCE 64
3.2.17 RECESSO DAL CONTRATTO 64
3.2.18 MONITORAGGIO IMPATTO LAVORO AGILE 64
3.2.19 PRIVACY E TRATTAMENTO DATI PERSONALI 65
3.2.20 DISPOSIZIONI FINALI 65

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 66

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE 69
3.4.1 LA FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE 69
3.4.2 LINEE STRATEGICHE PER LA FORMAZIONE 69
3.4.3 OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI DELL'AZIONE FORMATIVA 70
3.4.4 STRUMENTI E RISORSE ATTIVABILI NEL TRIENNIO 2025/2027 72
3.4.4.1 MONITORAGGIO 72

4. MONITORAGGIO 72

4.1 MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE 73

4.2 MONITORAGGIO SU ATTUAZIONE MISURE PER LA GESTIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 74

APPENDICI 75

APPENDICE 1 – PERFORMANCE 75
Allegato 1: Piano attuativo aziendale 75

APPENDICE 2 – ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA 75

Allegato 1: Schede mappatura e valutazione rischi 75
Allegato 2: Misure di prevenzione della corruzione 75
Allegato 3: Istruzioni valutazione del rischio 75
Allegato 4: Schede analitiche special 75
Allegato 5: Registro degli eventi rischiosi 75
Allegato 6: Sezione "Amministrazione trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione" 75
APPENDICE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 75
Allegato 1: Tecnologie 75
Allegato 2: Elenco attività 75
Allegato 3: Modulo progetto 75
Allegato 4: Accordo individuale 75
Allegato 5: Informativa sulla sicurezza 75

PREMESSA

INTRODUZIONE

L'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80[1], 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 di *governance* unico che accorpa una serie di atti e di piani già previsti dalla normativa e, in particolare e tra gli altri, il Piano della *performance*, il Piano Organizzativo del lavoro Agile-POLA, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, la programmazione dei fabbisogni formativi, il Piano del fabbisogno del personale. 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 e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

[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) 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]

In base a quanto disposto dai commi 5 e 6 dell'art. 6 del citato decreto legge n. 80/2021, sono stati emanati il decreto del Presidente della Repubblica del 24 giugno 2022 n. 81 *"Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione"* e il Decreto Ministeriale del 30 giugno 2022 n. 132 "*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione"* che hanno definito la disciplina del PIAO.

In tale scenario, e in conformità a quanto previsto dalla legge 6 novembre 2012 n. 190 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*, ANAC ha, da ultimo, posto in consultazione, ai fini della successiva adozione, l'aggiornamento 2024 al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA 2022) che costituisce atto di indirizzo per le Pubbliche Amministrazioni e per gli altri soggetti tenuti all'applicazione della normativa con durata triennale.

La redazione del PIAO avviene in un particolare periodo storico, contraddistinto da molteplici cambiamenti introdotti dalla adozione del PNRR da parte del Governo a seguito della crisi pandemica, e reso ancor più complesso dagli eventi bellici nelle regioni orientali dell'Europa. In un simile contesto esterno, in cui sono impegnate ingenti risorse finanziarie e deroghe alla legislazione ordinaria, è richiesto un rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi.

Nel presente PIAO sono, invero, definiti gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e di trasparenza, la cui attuazione contribuisce alla creazione del valore pubblico inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, amministrativo, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli *stakeholders*, dei destinatari di una politica o di un servizio pubblico. In quest'ottica, la prevenzione della corruzione è uno strumento della creazione del valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di ARCS. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e di trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. ARCS ha dedicato massima attenzione alla mappatura dei processi, compresi quelli funzionali alla qualità dei servizi resi dall'Azienda in termini di utilità, di efficienza, di efficacia e di economicità.

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

- la piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa;

[2] Comma 2 dell'art. 6 del D.L. n. 80/2021

- gli obiettivi in materia di prevenzione della 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 da reingegnerizzare, anche mediante il ricorso alla digitalizzazione e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività, inclusa la misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità 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.

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.

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. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

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 e ss.mm.. e ii..

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).

Con decreto n. 2 del 3 gennaio 2020, il ruolo di Responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la trasparenza (RPCT) 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 Struttura Affari generali, a decorrere dal 1 gennaio 2020 e sino a tutt'oggi.

A decorrere dall'istituzione di ARCS, le Direzioni strategiche succedutesi nel tempo hanno provveduto, via via, ad adeguare l'assetto organizzativo dell'Azienda alla luce delle numerose funzioni e degli obiettivi attribuiti progressivamente all'Azienda. Ciò ha comportato successive modifiche dell'Atto aziendale di ARCS in un'ottica di sviluppo sia del suo ruolo di gestore di funzioni accentrate di natura amministrativa, tecnica, logistica e sanitaria sia del suo ruolo di coordinamento degli Enti del Sistema Sanitario Regionale.

A seguito dell'analisi delle funzioni, della graduale attivazione delle funzioni assegnate ad ARCS e dell'aggiunta l'attribuzione di nuove funzioni con successivi provvedimenti della Giunta regionale, l'Azienda ha, per l'appunto, valutato la necessità di rimodulare e attivare alcune strutture aziendali, al fine di rendere l'assetto complessivo più aderente alla *mission* dell'Azienda.

Con decreto n. 159 del 10 agosto 2022 è stato approvato il vigente Atto aziendale, al quale è stata data graduale applicazione, compatibilmente con le risorse disponibili e nell'ambito dei vincoli previsti dalla normativa vigente.

Di seguito si riportano le disposizioni attuative dell'Atto aziendale:

- decreto n. 10 del 22 gennaio 2024 di presa d'atto della DGR n. 2064/2023 "LR 22/2019, art. 32. Sistema di Emergenza Urgenza Territoriale nel piano regionale di emergenza urgenza. Ricognizione e aggiornamento del modello organizzativo. Approvazione definitiva";
- decreto n. 28 del 8 febbraio 2024 di costituzione del Dipartimento Interaziendale funzionale del Sistema di Emergenza Urgenza Territoriale (SEUT), come integrato con il successivo decreto n. 51 del 07.03.2024;
- n. 87 del 26 aprile 2024 di costituzione del Comitato di Emergenza Urgenza (CEU);
- decreto n. 111 del 20 maggio 2024 di ridefinizione dell'assetto delle strutture afferenti alla Direzione sanitaria prevedendo solo due Dipartimenti: Dipartimento per il governo clinico e delle reti del SSR e Dipartimento del sangue, farmaco, HTA e sanità pubblica;

- decreto n. 204 del 27 settembre 2024 di approvazione dell'assetto degli incarichi dirigenziali afferenti i ruoli Professionale, Tecnico ed Amministrativo;
- decreto n. 254 del 22 novembre 2024 di modifica e sostituzione dell'assetto degli incarichi di dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa.

ARCS, con particolare riferimento all'elaborazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, trovandosi, dunque, in una fase di progressiva ridefinizione e implementazione 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.

Contesto interno	
Punti di forza (+)	Punti di debolezza (-)
- formazione continua - personale qualificato e motivato - accesso civico generalizzato - progetti - misure anti corruttive - monitoraggio continuo - formazione e diffusione buone pratiche e valori	- esiguità delle risorse - non completa digitalizzazione - migliorabile dialogo tra strutture - non piena chiarezza dei ruoli e delle competenze e responsabilità delle diverse strutture aziendali

Contesto esterno	
Punti di forza (+)	Punti di debolezza (-)
- possibilità di sottoscrivere protocolli di intesa e convenzioni con enti terzi - possibilità di usufruire di finanziamenti e contributi - constate 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	- vincoli di spesa - infiltrazioni di organizzazioni criminali nel tessuto economico del territorio - complessità legata al contesto regionale e nazionale - contesti eccessivamente burocratizzati

Un ente crea Valore Pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le *performance* di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti. In tale prospettiva, il valore pubblico si crea programmando obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e obiettivi

operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del valore pubblico.

Inoltre, nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. Lo stesso concetto di valore pubblico è valorizzato attraverso un miglioramento continuo del processo di gestione del rischio.

In tal senso, ARCS ha eseguito, altresì, una mappatura dei processi correlati agli obiettivi di valore pubblico, in quanto il contrasto e la prevenzione della corruzione sono funzionali alla qualità delle istituzioni e quindi presupposto per la creazione di valore pubblico anche inteso come valore riconosciuto da parte della collettività sull'attività svolta in termini di utilità ed efficienza.

2.2 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.

2.2.1 OBIETTIVI STRATEGICI E DI PERFORMANCE

Nella sottosezione di programmazione, viene illustrato il piano aziendale che vuol essere lo strumento attraverso il quale l'Azienda, nel quadro dei principi generali sanciti dalla missione aziendale e delle indicazioni regionali, delinea la visione strategica per il triennio 2025 – 2027.

Il piano declina i target prefissati per ogni obiettivo per gli anni 2025, 2026 e 2027, tenendo conto che la programmazione aziendale, deriva strettamente da quella regionale di cui alla Delibera di Giunta Regionale 2052 del 30.12.2024 "*Lr 22/2019. Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2025. approvazione definitiva. Finanziamento agli enti del s.s.r per l'anno 2025 – assegnazione e erogazione in via provvisoria"*, con la quale sono stati definiti gli obiettivi annuali e i risultati attesi per il sistema sanitario regionale per l'anno in corso e recepita da ARCS per le parti di competenza con il decreto di approvazione del "Piano attuativo e Bilancio preventivo per l'anno 2025".

Il programma annuale coincide con quanto riportato e identificato nel target 2025. La Regione non ha attuato una programmazione con un orizzonte temporale triennale e pertanto il target per gli anni 2026 e 2027 è stato definito, ove possibile, nell'ipotesi di una continuità programmatoria negli atti regionali.

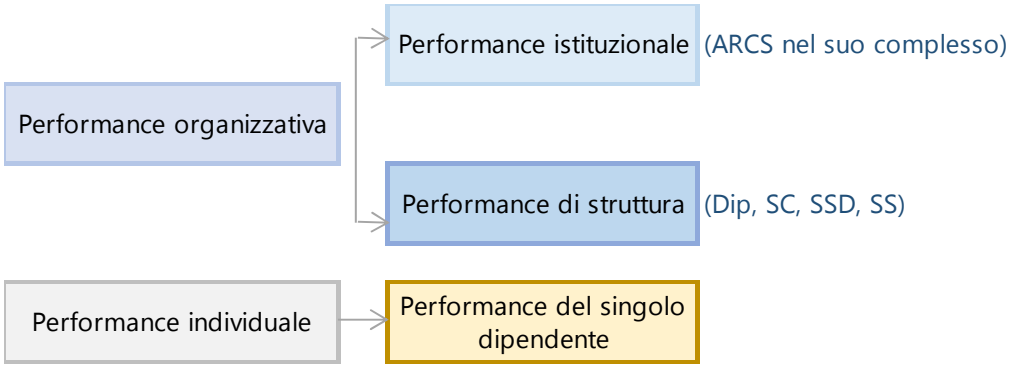
In Appendice 1 sono illustrati gli obiettivi di performance.

2.2.2 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 *(strutture*) o aree di responsabilità in cui si articola;
3. ai singoli dipendenti.

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

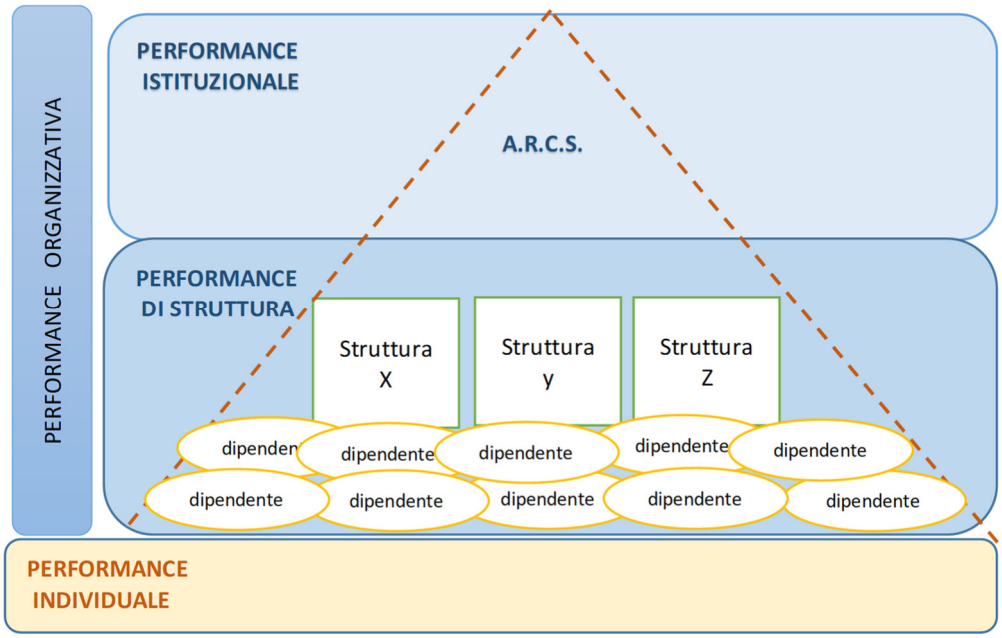


La performance organizzativa esprime il risultato raggiunto dall'Azienda, nel suo complesso e nelle sue strutture organizzative, nel perseguimento dei propri obiettivi istituzionali, strategici ed operativi. La performance istituzionale afferisce alla realizzazione degli obiettivi complessivi dell'ARCS 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 l'insieme dei contributi apportati (comportamenti organizzativi e professionali), dei singoli alle diverse unità organizzative e, più generalmente, all'azienda nell'insieme 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. Per tal motivo, il sistema si inserisce nella fase programmatoria del ciclo della performance e viene aggiornato ed adottato annualmente, previo parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Oggetto della misurazione e valutazione della performance organizzativa è il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali, tenuto conto delle risorse assegnate e dell'efficacia/efficienza dei modelli gestionali.

Gli obiettivi 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 aziendale 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 Dipartimento/Struttura o al dirigente che per specifiche competenze professionali risulta più idoneo alla loro realizzazione.

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. Tra gli obiettivi complessivamente assegnati vengono individuati

quelli cui associare un peso incentivante ai fini della corresponsione della correlata retribuzione accessoria.

È prevista la possibilità di rimodulazione degli obiettivi nel corso dell'anno, qualora motivazioni esterne, non dipendenti o imputabili al responsabile della struttura/obiettivo, ne pregiudichino il raggiungimento o lo rendano non più rilevante. La richiesta di rimodulazione deve essere presentata in occasione dei monitoraggi periodici previsti.

Per l'anno 2025, l'iter di assegnazione delle schede di budget alle diverse strutture aziendali è ancora in corso.

L'integrazione tra Performance e Rischi corruttivi e Trasparenza si realizza con l'inserimento nelle schede di budget di una apposita sezione con alcuni obiettivi estrapolati dalla mappatura di ciascuna struttura.

2.2.3 SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE

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.

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 attivo un percorso che rende possibile, su richiesta, la dematerializzazione del dispositivo telefonico con un applicativo *soft-phone* che permette la portabilità del numero fisso aziendale durante l'erogazione dell'attività lavorativa in regime di alta mobilità e di smart working.

2.2.3.1 Cybersicurezza

L'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN), in qualità di Soggetto attuatore dell'Investimento 1.5 "Cybersecurity" – Missione 1, Componente 1, del PNRR, a titolarità della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale (di seguito anche "DTD"), ha promosso l'Avviso Pubblico PNRR n. 8 del 26.02.2024, finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU, per l'attuazione degli investimenti finalizzati alla realizzazione di interventi di potenziamento della resilienza cyber per la Pubblica Amministrazione.

Nell'ambito di tale avviso, ARCS ha presentato il progetto "Miglioramento della postura di sicurezza cyber nel perimetro aziendale" volto all'analisi e al potenziamento delle proprie capacità di resilienza cyber (in termini di postura di sicurezza, processi e modello organizzativo, competenze, sistemi e tecnologie abilitanti) che è stato approvato -e totalmente finanziato- con Determinazione n. 30550 del 23.09.2024 dell'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale.

Nello specifico, il progetto di ARCS si compone di n. 4 interventi da realizzare come nel seguito specificati:

1. Governance e programmazione cyber
    a) Analisi della postura di sicurezza e definizione di un piano di potenziamento
    b) Miglioramento dei processi e dell'organizzazione
    c) Formazione e miglioramento della consapevolezza delle persone
2. Gestione del rischio cyber e della continuità operativa
    a) Analisi della postura di sicurezza e definizione di un piano di potenziamento
3. Gestione delle identità digitali e degli accessi logici
    a) Analisi della postura di sicurezza e definizione di un piano di potenziamento
    b) Miglioramento dei processi e dell'organizzazione
    c) Formazione e miglioramento della consapevolezza delle persone
    d) Progettazione e sviluppo di nuovi sistemi e tecnologie
4. Sicurezza delle applicazioni, dei dati e delle reti
    a) Analisi della postura di sicurezza e definizione di un piano di potenziamento

La realizzazione del progetto porterà un incremento della resilienza cyber di ARCS in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (in particolare, dalla Direttiva NIS e dalla più recente NIS2) traguardando benefici in termini di sicurezza e resilienza dei software in uso e garantendo di conseguenza una maggior sicurezza dei servizi aziendali. L'implementazione della soluzione di Identity and Access Management consentirà di gestire in maniera più sicura gli accessi fisici e logici, garantendo un minor rischio di accessi non autorizzati agli asset aziendali (che contengono dati particolari ai sensi del GDPR) e di conseguenza, la corretta

erogazione dei servizi a cui l'azienda è preposta. L'attività di consulenza in merito alla valutazione dei risultati del risk assesment a fronte delle misure di sicurezza implementate permetterà di predisporre un piano efficace di remediation per migliorare ulteriormente la resilienza cyber.

2.2.3.2 Gestione centralizzata sinistri

Dal 2006 il SSR del Friuli-Venezia Giulia ha adottato uno specifico modello di gestione dei sinistri di responsabilità civile (delle aziende e dei suoi dipendenti), per i danni a terzi (pazienti, visitatori, dipendenti, ecc…) in conseguenza delle attività svolte dalle aziende sanitarie. La copertura della responsabilità civile per tutti gli Enti del SSR del Friuli-Venezia Giulia viene fornita mediante un'unica polizza RCT/O, (responsabilità civile verso terzi e verso operatori), stipulata dall'ARCS, con una S.I.R. che attualmente è di 500.000,00 euro per sinistro. La polizza viene definita "per rischi catastrofali" poiché i sinistri fino a 500.000,00 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 dd. 21.10.2016 e dalle successive disposizioni attuative di cui al Decreto del Direttore Generale dell'ARCS n. 169 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 dagli Enti del SSR, ciascuno per quanto di propria competenza; sia la S.I.R./franchigia contrattuale per i sinistri gestiti dall'Assicuratore.

Obiettivo dell'Azienda, è quello di dotare tutte le strutture coinvolte, in primis ARCS, di un gestionale informatico adeguato alla complessità, delicatezza e volume dell'attività svolta, al fine di migliorare la capacità di trattare e archiviare la grande mole di informazioni necessarie per lo svolgimento dell'attività di gestione dei sinistri RCT/O su scala regionale e, conseguentemente, rendere più performante tale processo.

ARCS intende dotarsi, nel 2025, del nuovo software per la gestione dei sinistri RCT/O e metterlo a disposizione anche degli altri Enti del S.S.R..

2.2.4 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 annuali, 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 l'Azienda sta perfezionando il processo per l'individuazione della nuova sede istituzionale di ARCS.

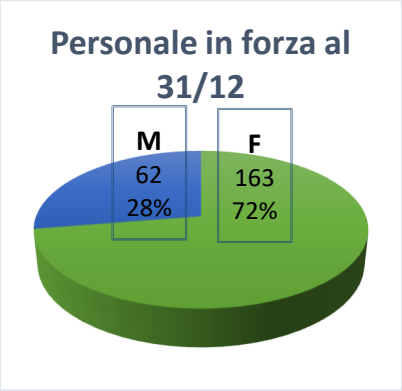
2.2.5 PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE

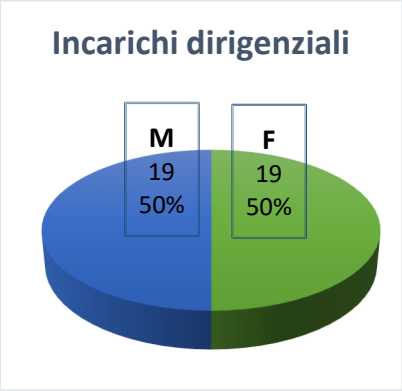
La parità di genere è realizzata in Azienda sia assicurando una equilibrata partecipazione agli organismi collegiali, quali commissioni di concorso e gare, sia nei percorsi di sviluppo professionale e di formazione/aggiornamento.

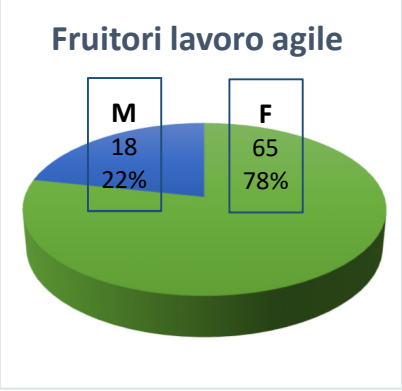
Anche la flessibilità oraria e l'introduzione a partire dal 2020 del lavoro agile - di cui alla sottosezione 3.2. - contribuiscono al rafforzamento degli istituti che favoriscono la conciliazione della vita professionale con quella familiare e le pari opportunità.

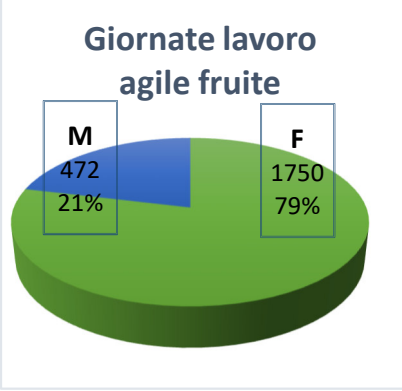
L'attività svolta dal Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) – costituito con decreto n. 27/2024 – costituisce altresì un prezioso supporto nel processo di rilevazione di nuove esigenze o di individuazione di eventuali disfunzionalità.

Di seguito si forniscono alcuni dati riguardanti la composizione di genere, relativi all'anno 2024:









2.2.6 IL COMITATO UNICO DI GARANZIA E IL PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), istituito dall'art. 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e da direttive della Comunità Europea, espleta le proprie competenze al fine di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, la tutela dei lavoratori contro le discriminazioni ed il mobbing nonché l'assenza di qualunque forma di

violenza fisica e psicologica. I dati relativi alla situazione esistente, espressi altresì nel paragrafo precedente, evidenziano una predominanza di lavoratrici di sesso femminile ed un buon livello di equità nella ripartizione degli incarichi dirigenziali. Il tema che riguarda il CUG in un contesto di questo tipo è prevalentemente orientato al monitoraggio del mantenimento di questi elementi di equità e una strategia di promozione dei fattori di protezione della salutogenesi individuale, organizzativa e ambientale, prerequisiti per evitare fenomeni di mobbing, discriminazione e violenza psicologica o verbale.

L'ARCS ha istituito, con Decreto del Direttore Generale n. 27 del 08.02.2024, il proprio Comitato, che svolge compiti propositivi, consultivi e di verifica, al fine di contribuire all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico ed al miglioramento dell'efficienza delle prestazioni, attraverso la garanzia di un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo ed all'assenza di ogni forma di discriminazione.

Il Comitato di ARCS si avvale per l'espletamento delle proprie funzioni dell'*expertise* maturato dalla Rete Health Promoting Hospitals & Health Services (di seguito HPH) Regionale che si traduce con il regolamento descritto nel Decreto n. 1100 del 31.07.2018 ed è parte integrante delle linee di gestione regionali nel capitolo dedicato all'assistenza ospedaliera. La rete regionale HPH del Friuli Venezia Giulia è coordinata da ARCS in base al Decreto n. 107 del 02.07.2021 e al successivo Decreto 261 del 02.12.2022 che rinnova il Comitato HPH Regionale. Attualmente è in corso il quinto mandato di adesione 2021-2024. In particolare la strategia della Promozione della Salute in un posto di lavoro peculiare come il *setting* sanitario riguarda la reciprocità tra i tre assi: operatori, pazienti e cittadini.

I valori fondamentali si declinano nei seguenti punti che sono alla base delle attività della rete HPH:

- Orientata alla salute, al benessere e all'equità sanitaria;
- Impegnata nel miglioramento della qualità;
- Centrata sulle Persone;
- In grado di rendere le persone abili a gestire la propria salute;
- Proattiva e innovativa;
- Inclusiva e collaborativa;
- Rispettosa di tutti gli individui e dei gruppi di popolazione;
- Onesta, etica e giusta;
- Basata sulle evidenze;
- Trasparente e responsabile;
- Capace di dare risposta alle mutevoli esigenze sanitarie della popolazione e ai modelli di assistenza sanitaria;
- Capace di dare risposta ai determinanti psicologici, sociali, comportamentali, culturali, politici, economici e ambientali della salute.

Tali elementi sono alla base della salutogenesi e del benessere interpretando in modo proattivo la definizione di Salute dell'OMS "*Una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità*" e si configurano come fattori di protezione delle uguaglianze e del benessere organizzativo e individuale. Investire su tali valori, tramite gli strumenti propri della rete HPH (standard e indicatori) consente di attuare percorsi di autovalutazione e miglioramento continuo, finalizzati a promuovere l'*empowerment*

organizzativo, ambientale e individuale, per ridurre, mitigare e intercettare precocemente eventuali rischi di devianza, disuguaglianza e violenza.

L'ARCS ha il compito di coordinare le azioni delle Aziende Sanitarie nell'implementazione dei valori e degli strumenti propri della rete HPH, ma al tempo stesso applica tali valori e strumenti al suo interno.

Il CUG, nell'ambito dei suoi compiti propositivi, ha il mandato di indicare all'Amministrazione una serie di azioni al fine della predisposizione del "Piano triennale di azioni positive", che l'Amministrazione è tenuta ad adottare ai sensi dell'art. 48 del d.lgs. n. 198 del 2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna". Il PTAP viene indicato come lo strumento indispensabile attraverso il quale le Pubbliche Amministrazioni individuano e pianificano le iniziative e le attività necessarie per rendere più efficiente ed efficace l'azione amministrativa, promuovere le pari opportunità e rimuovere eventuali ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione e la parità nel lavoro.

Il Piano, la cui puntuale redazione rappresenta uno degli obiettivi che il Comitato si è prefissato per l'anno 2025, si sviluppa nelle seguenti macro aree strategiche di intervento:

Ambito 1 - Benessere organizzativo e pari opportunità

Il CUG intende avvalersi della collaborazione con l'SSP aziendale, psicologi ed esperti di promozione della salute, welfare, qualità e stili di vita, per avviare percorsi di formazione sull'autovalutazione dei fattori di protezione del benessere organizzativo propri della rete HPH e sull'avvio di piani di miglioramento sostenibili nelle strutture aziendali. In parallelo si predisporranno percorsi di aggiornamento e confronto sulla leadership empatica e sulla visione integrata del sistema organizzativo di ARCS per migliorare la percezione di "chi fa cosa". (piano di comunicazione interno sulle strategie di promozione del benessere organizzativo e sugli strumenti di lavoro che lo favoriscono, etc).

In base all'autovalutazione e al confronto con i bisogni emergenti, in sinergia con le valutazioni del rischio effettuate dal SSP e i report della sorveglianza sanitaria, si attiveranno le proposte sui piani di miglioramento prioritari in base alla loro sostenibilità.

Ambito 2 - Conciliazione vita - lavoro

In tale contesto saranno effettuate verifiche di gradimento e fruibilità dello *smart working,* dell'orario di accesso alla struttura, delle pause di ristoro, della possibilità di fruire di servizi di welfare (scontistica su assistenza medica, su palestre e piscine, su carburante e trasporti, etc), sempre in sinergia con l'emergenza dei bisogni raccolti durante i percorsi di autovalutazione.

Ambito 3 – Formazione sulla gestione dello stress e sul self management

Si predisporrà un piano di percorsi di aggiornamento sulla consapevolezza dei propri strumenti di salutogenesi e di promozione del benessere percepito, di autovalutazione delle proprie capacità di far fronte allo stress, per stimolare la crescita delle competenze personali sul proprio self care e sulla costruzione di riserve di salute in un'epoca di cambiamento globale (perma-crisi): gestione del proprio stato emotivo nella relazione con se stessi e con gli altri, gestione delle nuove tecnologie e degli strumenti di lavoro digitali, capacità di comunicare efficacemente.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sezione è stata redatta secondo le indicazioni del PNA 2022 come, da ultimo, aggiornato con Delibera ANAC n. 605 del 19.12.2023 (Aggiornamento 2023 al PNA 2022) nonché tenendo conto delle Delibere ANAC dalla n. 261 alla 272 del 20.06.2023 come da ultimo integrate con Delibera n. 601 del 19.12.2023, il cui scopo è quello di identificare le misure organizzative volte a ridurre e contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali e di favorire il miglioramento continuo dell'organizzazione, delle relazioni e dei comportamenti affinando gli strumenti di analisi utili alla comprensione e adozione delle misure idonee a prevenire, scoprire ed affrontare fenomeni di *maladministration*.

La presente sezione è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza aziendale, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190.

La sezione costituisce un aggiornamento della sottosezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO 2024-2026, rispetto al quale, tenuto conto degli esiti del monitoraggio, sono stati apportati gli aggiornamenti e le modifiche necessari e conseguenti alla progressiva attuazione dell'assetto organizzativo aziendale.

Considerato che l'Azienda è -come detto in premessa- in fase di progressivo sviluppo, l'obiettivo generale della presente sezione è il consolidamento dell'analisi dei processi esistenti e l'identificazione, per le nuove funzioni di ARCS, di azioni idonee a neutralizzare o a mitigare il livello dei rischi di corruzione, dedicando una particolare attenzione ai processi tecnico-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.

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.

2.3.1 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.

2.3.2 SOGGETTI COINVOLTI NELL'ELABORAZIONE DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Alla prevenzione e al contrasto della 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 della sezione Rischi corruttivi e trasparenza riguarda la nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT). Al momento di adozione del presente PIAO l'incarico di RPCT è assegnato al dott. Alessandro Camarda, dirigente amministrativo della Struttura Affari generali. Il RPCT di ARCS coincide anche con la figura del Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

Gli altri soggetti che concorrono allo svolgimento della funzione di Prevenzione della corruzione all'interno di ARCS sono:

- Direzione strategica;
- Personale a Supporto del RPCT;
- Referenti anticorruzione e trasparenza;
- tutti i Responsabili di Strutture (Dirigenti afferenti alle Aree rischio) individuate nel PIAO;
- altri attori (partner privilegiati del RPCT, per sottolineare quanto il responsabile sia "soltanto" il coordinatore e regista di una architettura complessiva dove ciascuno svolge specifiche funzioni e ruoli che concorrono al risultato finale – efficacia del sistema) quali:
  - Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
  - Responsabile Protezione Dati (RPD);
  - Responsabile per la Transazione Digitale (RTD);
  - l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)
  - Collegio Sindacale.

Al fine di incrementare l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza all'interno di ARCS è stata costituita la rete dei Referenti anticorruzione e 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 constante monitoraggio della strategia stessa da parte delle strutture di riferimento.

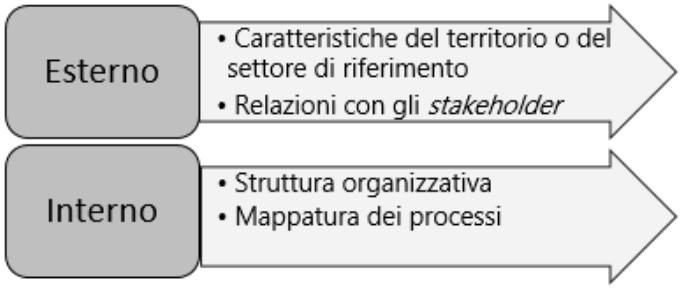
Di seguito si illustra la rete dei referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza di ARCS adottata da gennaio 2025:

Rete referenti anticorruzione e trasparenza - 01.2025		
STRUTTURA	**REFERENTE ANTICORRUZIONE**	**REFERENTE TRASPARENZA**
SC Gestione Economico Finanziaria	Bettina Marangoni	Bettina Marangoni
SC Gestione Risorse Umane	Dante Cinello	Dante Cinello
SC Pianificazione, Programmazione, Controllo Direzionale e del Sistema Informativo	Sonia Sacilotti	Sonia Sacilotti
SC Centro Regionale Formazione	Benedetta Pecchiari	Benedetta Pecchiari
SSD Affari Generali	Alessandro Camarda	Elisa Boschetto
SSD Gestione Assicurativa Centralizzata	Mario Mariani	Mario Mariani
SSD Comunicazione e Qualità	Chiara D'Angelo	Chiara D'Angelo
SC Ingegneria Clinica e Tecnologie Informatiche ARCS	Fabio Buffolini	Caterina Saviano
SSD Tecnologie Informatiche	Nicola Bortolotti	Nicola Bortolotti
SSD Patrimonio Immobiliare del SSR	Elena Sanvido	Elena Sanvido
SC Acquisizione Beni, Servizi e Tecnologie	Margherita Virgolini	Margherita Virgolini
SC Gestione Contratti	Eugenio Busolini	Eugenio Busolini
SC Gestione Servizio Logistico Alberghiero	Carlo Tassini	Carlo Tassini
SC Struttura Operativa Regionale Emergenza Sanitaria	Giulio Trillò	Giulio Trillò
SC Gestione Prestazioni sanitarie e Coordinamento e Controllo delle Reti Cliniche	Giulio Menegazzi Roberta Chiandetti	Giulio Menegazzi Roberta Chiandetti
SC Coordinamento e Valorizzazione delle figure professionali del Settore sanitario e socio-sanitario	Marisa Prezza	Marisa Prezza
SC Farmacia Centrale	Laura Mattioni	Francesca Garofalo
Health Technology Assessment (HTA) e Comitato Etico Unico Regionale (CEUR)	Chiara Pressacco	Chiara Pressacco
SS Ufficio Progettazione e Sviluppo del sistema di monitoraggio, vigilanza e controllo sugli Enti del SSR	Sandro Santarossa	Sandro Santarossa
SSD Coordinamento dei Programmi di Screening	Federico Dorotea	Federico Dorotea
SC Coordinamento della Rete Oncologica Regionale	Maura Garbo	Maura Garbo

2.3.3 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO

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).



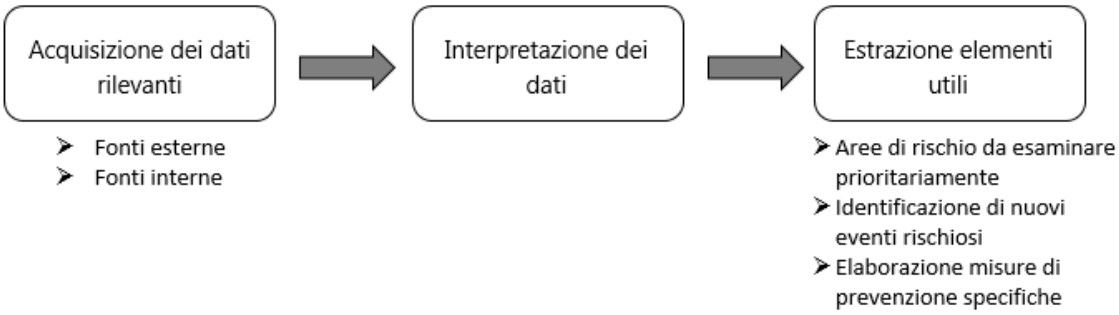
Attraverso questo tipo di analisi è possibile ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi, all'interno dell'Azienda, in relazione alla specificità dell'ambiente in cui opera, inteso come territorio, dinamiche sociali, economiche e culturali o per via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

2.3.3.1 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.

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 atre zone del nostro Paese.

Nell'analisi della presente sezione le fonti di riferimento sono state prese in considerazione:

- Banca d'Italia, Economie regionali, L'economia del Friuli Venezia Giulia 2024:

https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2024/2024-0028/index.html?dotcache=refresh
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Regione in cifre 2024: https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/GEN/statistica/FOGLIA3/FOGLIA105
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Osservatorio Regionale Antimafia: https://www.consiglio.regione.fvg.it/cms/pagine/osservatorio-regionale-antimafia/relazione-attivita
- Corte dei conti, Inaugurazione dell'anno giudiziario 2024, Relazione del Presidente e Relazione del Procuratore: https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=1966b12f-58a3-4e3d-baa0-9433fe5d8323
- ANAC, Relazione annuale di ANAC al Parlamento: https://www.anticorruzione.it/-/relazione.annuale.2024

L'analisi ricavabile dai documenti sopra indicati evidenzia 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, hanno condizionato l'esame delle schede di rischio, in particolare gli eventi rischiosi, le condotte significative (o "modalità") e i fattori abilitanti presi in esame nella valutazione del rischio corruttivo. Anche il novero delle misure selezionate e programmate è connesso alle necessità di mitigazione di tali fattori di rischio.

2.3.3.2 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 socio-sanitaria. 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 disponibilità. 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 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 ammnistrative;
- la costituzione e il coordinamento di reti cliniche;
- 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 per la Direzione Centrale Salute;
- Gestione accentrata di funzioni amministrative;
- Gestione assicurativa dei rischi centralizzata;
- Misurazione esiti;
- *Health Tecnology Assessment*;
- Valutazione degli investimenti;
- Reti cliniche e PDTA;
- Formazione e valorizzazione delle competenze;
- Gestone delle tecnologie;
- Sistema informativo e informatico;
- Flussi ministeriali;
- Monitoraggio e vigilanza delle Aziende;
- 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;
- Rete Oncologica Regionale;
- 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, nonché la LR 22/2019 che ha assegnato ad ARCS ulteriori attività e funzioni, 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:

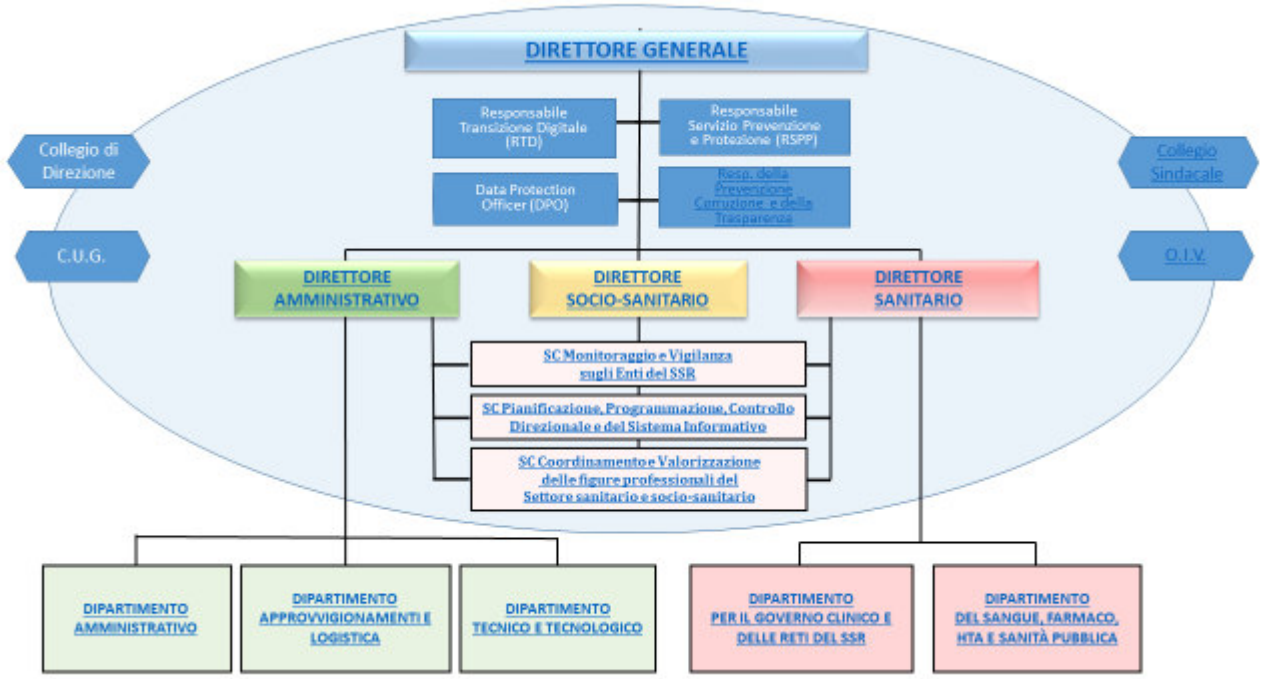
- organi istituzionali;
- organismi collegiali;
- direzione strategica;
- strutture sanitarie;
- strutture amministrative;
- strutture tecniche.

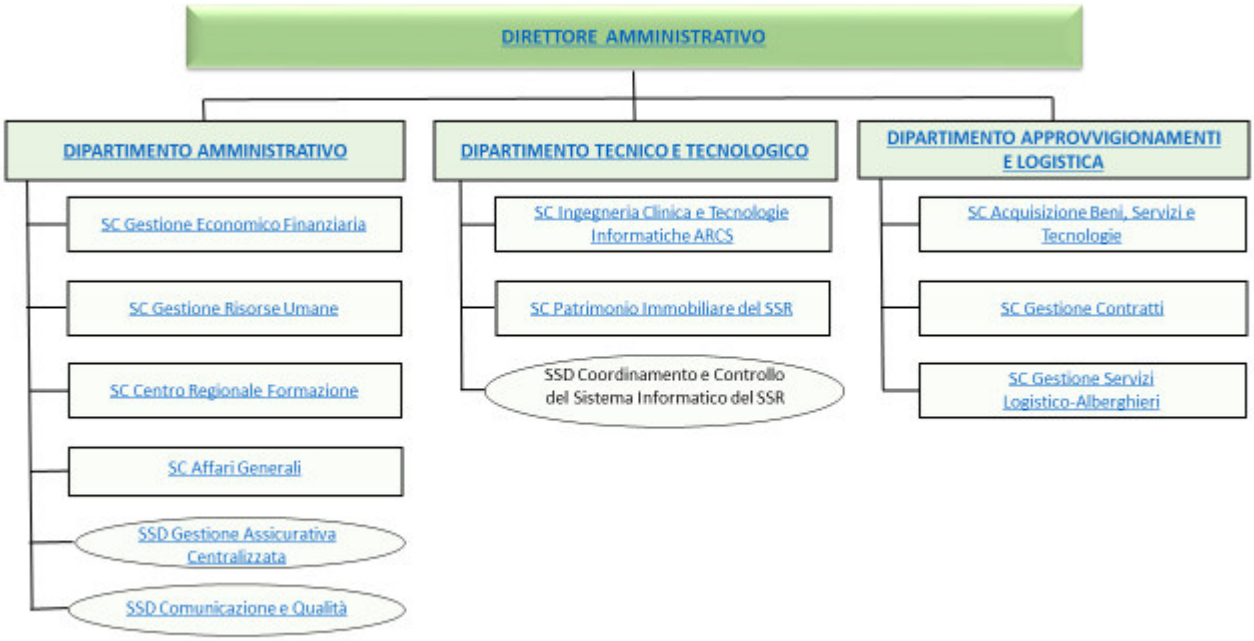
ARCS gestisce le attività secondo il modello dell'organizzazione per processi, intesi quali sequenza di attività interconnesse finalizzate alla realizzazione degli obiettivi definiti.

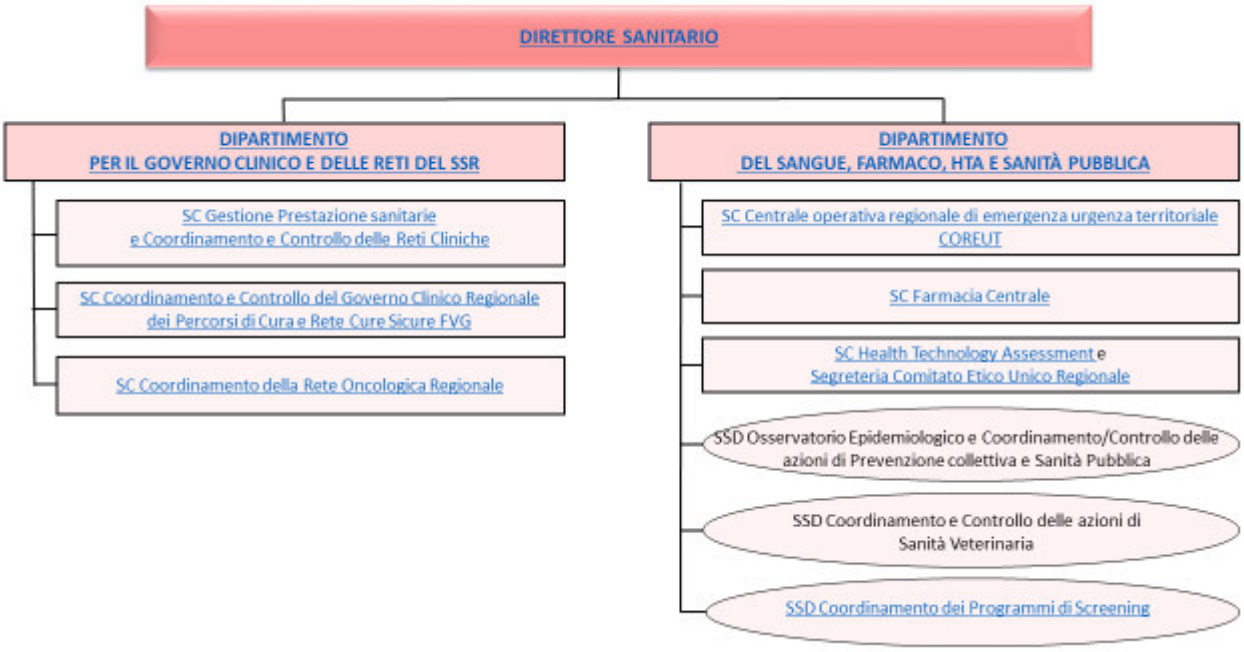
Le funzioni aziendali (sanitarie, amministrative o tecniche) sono assicurate da unità organizzative, consistenti in nuclei operativi al capo dei quali è prevista la presenza di un direttore o di un responsabile, eventualmente aggregate in dipartimenti o piattaforme.

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.







In questo contesto amministrativo in profonda evoluzione, sia da un punto di vista oggettivo che soggettivo, occorre, quindi, evidenziare come si articolano i ruoli soggettivi, gli obiettivi e le responsabilità nel processo di elaborazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza.

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

2.3.4 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 alla sottosezione Prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO 2024-2026, nell'ottica di consolidamento di quanto previsto dal precedente Piano, la mappatura è stata sostanzialmente confermata e ove necessario aggiornata; nei paragrafi che seguono sono descritti i criteri e le modalità utilizzati per l'identificazione, la valutazione e la gestione del rischio.

2.3.5 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

2.3.5.1 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.

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.

2.3.5.2 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La fase di valutazione del rischio ha come obiettivo 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.

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 rischiosità;
- 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).

In particolare, si è data continuità all'attività di mappatura sopra descritta, mediante l'organizzazione di *Facilitated Workshop* e di *Brainstorming,* tenutisi in presenza o utilizzando la piattaforma *Microsoft Teams,* con tutti i dirigenti e i responsabili delle strutture aziendali, e mediante l'utilizzo di un cruscotto informatico, 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;

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 per le strutture:
- SC Acquisizione Beni, Servizi e Tecnologie;
- SC Gestione Contratti;

- SC Gestione Servizio Logistico Alberghieri;
- SC Farmacia Centrale;
- SC Pianificazione, Programmazione, Controllo Direzionale e del Sistema Informativo;
- SS Ufficio Progettazione e sviluppo del sistema di monitoraggio, vigilanza e controllo sugli Enti del SSR;

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.

PONDERAZIONE DEL RISCHIO

L'obiettivo della ponderazione del rischio è di "*agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione*"[3].

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 ricordare 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.

2.3.6 PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Le misure di trattamento del rischio 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).

[3] *UNI ISO 31000:2010 Gestione del rischio - Principi e linee guida.*

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.

2.3.6.1 MISURE GENERALI E MISURE SPECIFICHE

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera organizzazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Le misure specifiche impattano direttamente sui processi maggiormente a rischio ovvero su potenziali criticità e rischi specifici individuati nella fase dell'*assessment.*

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.

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

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.

L'Azienda, con decreto del Direttore generale n. 222 del 17 ottobre 2024 ha adottato il nuovo Codice di comportamento, sulla base delle Linee guida ANAC e del DPR n. 81/2023 che ha dato esecuzione al decreto legge n. 36/2022, apportando modificazioni al Codice di comportamento di cui al DPR n. 62/2013.

Esso è stato definito attraverso un procedimento che ha previsto una procedura aperta alla partecipazione e 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.

M2 -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.

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.

M3 - 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.

M4 - SEGNALAZIONI DI CONDOTTE ILLECITE E DI IRREGOLARITÀ E RELATIVE FORME DI TUTELA (C.D. WHISTLEBLOWING)

A seguito dell'approvazione del Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24, entrato in vigore il 30 marzo 2023, e alla pubblicazione, il 1° giugno 2023, dello Schema di Linee Guida whistleblowing ANAC (documento in consultazione), ARCS, con decreto n. 145 del 14 luglio 2023, ha aggiornato il Regolamento aziendale in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni unitamente al Modulo per la segnalazione di violazioni e all'Informativa trattamento dati personali.

Garantire la protezione, sia in termini di tutela della riservatezza che in caso di ritorsioni, dei soggetti che si espongono con segnalazioni, denunce o mediante la divulgazione pubblica, contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e di situazioni pregiudizievoli per l'Azienda e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Scopo del suddetto Regolamento è quello di declinare a livello aziendale quanto disposto dalla normativa europea e nazionale in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni e, in particolare, di definire le modalità di segnalazione, denuncia e divulgazione pubblica, le modalità di gestione delle segnalazioni e quelle volte a rendere effettive le misure di protezione

di cui al Capo III del medesimo d.lgs. n. 24/2023 dei soggetti previsti dall'art. 3, commi 3, 4 e 5 d.lgs. n. 24/2023.

Le segnalazioni possono essere effettuate compilando il "Modulo per la segnalazione di violazioni", dopo aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali, secondo le modalità indicate e disponibili sul sito istituzionale di ARCS, sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti - Prevenzione della Corruzione - Segnalazione delle violazioni" ovvero -qualora attivate- anche tramite procedure informatizzate messe a disposizione dall'Azienda e rese pubbliche sul sito web istituzionale.

La segnalazione ricevuta da qualsiasi soggetto diverso dal RPCT deve essere tempestivamente inoltrata al RCPT 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)[4] al link presente sul sito web aziendale sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti - Prevenzione della corruzione – WHISTLEBLOWER".

M5 - 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 degli 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 precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- il contemporaneo svolgimento di alcune attività di regola inquina l'azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori;
- in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportano responsabilità su aree a rischio di corruzione.

[4]ANAC, Segnalazione *Whistleblowing*, https://ervizi.anticorruzione.it.segnalazioni.#!.#%2F

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.

M6 - ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE - MISURA ALTERNATIVA: SEGREGAZIONE DELLE FUNZIONI

Ricordando che ARCS è ancora in una fase di progressiva implementazione della propria organizzazione e delle proprie attività, e successivamente con l'approvazione del nuovo Atto aziendale, che ha modificato e sostituito il precedente, al fine di rimodulare alcune strutture aziendali e di rendere l'assetto complessivo più aderente alla nuova *mission* dell'Azienda, 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, Servizi e Tecnologie, 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, Servizi e Tecnologie) 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 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".

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'istituito 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 ei 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.

M7 - CONFERIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO – AUTORIZZAZIONI ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ E INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

ARCS, con decreto n. 26 del 15 febbraio 2023, ha approvato il nuovo Regolamento incarichi extra istituzionali, al fine di rendere tale regolamentazione più aderente all'assetto organizzativo gestionale dell'Azienda.

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 tempistica richiesta e tassativamente per via telematica mediante inserimento nei campi obbligatori indicati nel sistema "PERLAPA" dei dati riferiti agli incarichi ed ai compensi corrisposti.

M8 - 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 precostituirsi 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.

M9 - 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.

ARCS, con Decreto n. 203 del 31.10.2023 ha adottato il nuovo Patto d'integrità per appalti di servizi e forniture alla luce delle novità introdotte dal d.lgs. n. 36 del 31.03.2023.

M10 - 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, nonché dal Regolamento aziendale in materia di nomina, di funzionamento e di conflitto d'interessi delle commissioni giudicatrici e dei seggi di gara adottato con decreto del Direttore generale n. 61 del 25.03.2024.

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.

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 di patrocinio legale)
- SC Acquisizione Beni, Servizi e Tecnologie (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; neoassunti)
- Comitato Etico Unico Regionale (membri del Comitato Etico Unico Regionale e Segreteria CEUR)
- Centro HTA (membri del Comitato Nucleo referenti HTA)
- SC Ingegneria Clinica e Tecnologie Informatiche ARCS (nomina componenti Gruppi Tecnici)

Per la sola struttura SC Centro Regionale Formazione si integra la misura M10 con l'applicazione di una procedura interna per l'estrazione a campione dei soggetti da sottoporre a controllo.

M11 – MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI

Per i procedimenti individuati viene rilevato il rispetto dei tempi procedimentali, 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. Servizi e Tecnologie
- SC Centro Regionale Formazione
- SC Gestione Risorse Umane
- SSD Comunicazione e Qualità
- SC Gestione Contratti

M12 - 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".

Si ritengono particolarmente importanti, inoltre, le azioni di 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.

Si evidenzia che le misure M1-Codice di comportamento, M2-Trasparenza, M3-Formazione, 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.

M13 - 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.

Per la sola struttura SC Centro Regionale Formazione si integra la misura M13 con l'implementazione di un'istruzione operativa specifica per i controlli per i componenti delle Commissioni di concorso Ceformed.

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.

2.3.7 PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La programmazione delle misure consente 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 se stessa.

L'individuazione delle misure è avvenuta con il coinvolgimento della struttura organizzativa, recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi) che hanno proposto delle misure specifiche (v. Allegato 2 da M14 a M45) al fine di garantire una più efficace gestione del rischio corruttivo.

Si precisa che la misura M22 Prenotazioni sanitarie (Utilizzo di una modalità standardizzata e per l'effettuazione delle prenotazioni sanitarie a seguito di segnalazioni o reclami), in vigore nel PIAO 2024-2026, a fronte della maturazione dell'obiettivo di arrivare a procedure funzionanti sui percorsi di garanzia e in quanto l'indicatore non riporta più informazioni utili per la prosecuzione del progetto, non è più prevista nel PIAO 2025-2027.

Inoltre, sono state introdotte due nuove misure:

- M22 Verifica delle dichiarazioni rese dai componenti delle Commissioni di gara in relazione agli incarichi extraistituzionali ricoperti nell'anno precedente alla nomina: in rafforzamento della misura M10 proposta dalla SC Acquisizione beni, servizi e tecnologie;
- M45 Erogazione di contributi in funzione delle attività/progetto attuate dagli Enti pubblici e privati beneficiari delle previsioni della DGR n. 1721/2022: al fine di monitorare l'attività di erogazione da parte dell'Azienda di contributi agli Enti, pubblici e privati, che sviluppano progetti approvati dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e sono beneficiari delle previsioni della DGR n. 1721/2022, in funzione di attività/progetto svolte e rendicontate.

In particolare, nel presente PIAO è confermata l'attività di verifica a campione, semestrale e/o annuale, su una percentuale di pratiche/documentazione, come meglio declinato nel successivo paragrafo 2.3.8.2 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

Esemplificazione della composizione dei processi di rischio di ARCS: definizione e scomposizione (processo - rischio - giudizio sintetico valutazione qualitativa del rischio – misure).

Il modello di scheda mappatura e valutazione rischio che viene utilizzata in ARCS per il lavoro di rilevazione, analisi e valutazione dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione è il seguente:

SC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI											
PROCESSI		Uffici coinvoliti	Responsabile/i del processo (selezionare voce - menu a tendina)	Descrizione rischi	ANALISI DEL RISCHIO				VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO	MISURE ANTICORRUTTIVE (vedi allegato "misure")
					Fattori abilitanti		Indicatori di rischio			
1	ANALISI DEI FABBISOGNI	SC Acquisizione beni e servizi	dirigente +istruttore	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità/ e libera concorrenza Difficoltà di coordinamento con gli Enti del SSR detentori dei dati fondamentali per l'analisi	FATTORI ABILITANTI Descrizione come da Allegato "Istruzioni valutazione rischio A"		CRITERI DEGLI INDICATORI DI RISCHIO Come da Allegato "Istruzioni valutazione rischio B"		(da 1 a 2,99= basso da 3 a 4,49= medio basso da 4,5 a 5,99= medio alto da 6 a 9 =alto)	M1 M2 M3 M4 M19 M44
					presenza di misure di controllo	2	livello di interesse "esterno"	3		
					trasparenza	1	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	3		
					complessità del processo	3	manifestazione di eventi/provvedimenti riguardanti il processo/attività esaminata	3		
					responsabilità, numero di soggetti coinvolti e rotazione del personale	2	impatto sull'operatività e l'organizzazione	3		
					adeguatezza o competenze del personale addetto ai processi	1				
					formazione, consapevolezza comportamentale e deontologica	1				
					VALORE MEDIO INDICE	1,67	VALORE MEDIO INDICE	3,00	5,00	

Tale scheda è composta dai seguenti campi:

1. l'indicazione della struttura di riferimento;
2. Processi: descrizione sintetica del processo e eventuali sottoprocessi;
3. Uffici coinvolti: strutture/uffici con attività collegate al processo individuato;
4. Responsabili del processo: Dirigente responsabile, Istruttore, Dirigente e Istruttore, Ciascuno;
5. Analisi del rischio: comporta la stima del livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio individuato mediante fattori abilitanti e indicatori di rischio (Allegato 3);
6. Valutazione complessiva del rischio: giudizio sintetico ponderato che deriva dalla valutazione "qualitativa" del rischio. Il valore complessivo del livello di esposizione al rischio ha lo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso).
7. Misure anti corruttive: individuazione delle misure più idonee a prevenire i rischi individuati, in funzione del livello di rischio e dei loro fattori abilitanti.

Le schede Mappatura e Valutazione rischi anno 2025 sono riportate all'Appendice 2-Allegato 1 del presente PIAO.

2.3.8 MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DEI RISCHI CORRUTTIVI

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.

2.3.8.1 MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA SOTTOSEZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA DEL PIAO 2024-2026

L'attività di monitoraggio per l'anno 2024 sull'attuazione delle misure previste dal PIAO 2024-2026 è stata svolta con le modalità descritte nel paragrafo 2.2.6.2. del Piano stesso.

Per l'anno 2024 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.

In particolare, in merito agli audit di 2°livello, in data 28 giugno 2024, 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 2024. Alla stregua dell'anno precedente è stato somministrato **un cruscotto informatico**, 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.

Il monitoraggio svolto sulle misure, al 30 giugno 2024, ha evidenziato le seguenti risultanze di sintesi:

Processi assoggettati a misura	Processi con misure parzialmente adottate	Misure previste nel PIAO vigente	Misure adottate	Misure parzialmente adottate	Misure non adottate
93	88	65	60	3	2

Gli esiti del monitoraggio sono stati validati dall'OIV nella seduta del 11 ottobre 2024, 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).

La struttura SSD Patrimonio Immobiliare ha, nel corso del 2024, ha adottato la misura M6 anche se non prevista nelle Schede mappatura e valutazione rischi.

Il 7 gennaio 2025 il RPCT (tramite e-mail) ha attivato il secondo monitoraggio semestrale, alla data del 31 dicembre 2024.

Il monitoraggio svolto sulle misure, al 31 dicembre 2024, ha evidenziato le seguenti risultanze di sintesi:

Processi assoggettati a misura	Processi con misure parzialmente adottate	Misure previste nel PIAO vigente	Misure adottate	Misure parzialmente adottate	Misure non adottate
93	81	65	62	2	1

Alla luce delle risultanze del secondo semestre si evidenzia che la misura M6-Rotazione del personale o misure alternative (segregazione delle funzioni) rientra sia tra le misure parzialmente attuate 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.

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 la sottosezione Prevenzione della corruzione e trasparenza e la sottosezione Performance del PIAO aziendale. Tale atto prevede che l'avvio e la chiusura delle misure previste nella sottosezione Prevenzione della corruzione e trasparenza, 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.

2.3.8.2 MONITORAGGIO PREVISTO PER LA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO 2025-2027

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 2025-2027, 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, Servizi e Tecnologie: 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 e Tecnologie Informatiche ARCS: 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, Servizi e Tecnologie: 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, Servizi e Tecnologie
- SC Gestione Contratti
- SC Ingegneria Clinica e Tecnologie Informatiche ARCS
- 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

	Strutture interessate	*Tipologia monitoraggio*	*Modalità monitoraggio*
		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	- SC Acquisizione Beni, Servizi e Tecnologie - SC Centro Regionale Formazione - SC Gestione Risorse Umane - SSD Affari Generali - Comitato Etico Unico Regionale - Centro HTA - SC Ingegneria Clinica e Tecnologie Informatiche ARCS	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)	- SC Acquisizione Beni, Servizi e Tecnologie - 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	- SC Acquisizione Beni. Servizi e Tecnologie - SC Gestione Contratti - SC Ingegneria Clinica e Tecnologie Informatiche ARCS - 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 nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, 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.

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.

2.3.9 PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE E MONITORAGGIO DELLA 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 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.

ARCS, inoltre, prende atto della Delibera ANAC n. 495 del 25.09.2024 di approvazione di n. 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto.

ARCS procederà all'aggiornamento progressivo delle sezioni di Amministrazione trasparente rispetto ai predetti schemi, relativi agli artt. 4-bis, 13 e 31, nelle tempistiche previste dalla delibera stessa.

La trasparenza amministrativa non si realizza solo attraverso l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale dell'ente: la piena attuazione della trasparenza comporta, infatti, anche che l'ente presti la massima cura nella trattazione delle istanze di accesso civico semplice e generalizzato.

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.

La trasparenza ha, quindi, un rilevante impatto sui processi interni dell'ente, coinvolgendo in modo ampio e trasversale le varie strutture sia nella fase di programmazione sia in quella di erogazione di attività, servizi e prestazioni.

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, ARCS, nel rispetto della normativa vigente e in un'ottica di responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti, ha indicato per ciascun dato da pubblicare i responsabili della produzione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione.

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.

In linea con quanto richiesto dalla normativa sopra citata, nell'Allegato 6 "Amministrazione trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione" dell'Appendice 2 del PIAO, 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".

La sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO si pone necessariamente in relazione con altri documenti di natura programmatica, tra cui la sezione Performance e la sezione Organizzazione e Capitale Umano del presente Piano, 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:

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	*Denominazione del singolo obbligo*	*Termine entro il quale la singola Struttura invia i dati al RPCT*	*Termine entro il quale pubblicare (pubblicazione di competenza del RPCT)*
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

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	*Denominazione del singolo obbligo*	*Termine entro il quale la singola Struttura invia i dati al RPCT*	*Termine entro il quale pubblicare (pubblicazione di competenza del RPCT)*
Attività e procedimenti	Monitoraggio tempi procedimentali	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

Per una sintesi del monitoraggio della trasparenza si rimanda al paragrafo 2.3.9.2 della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza e all'Allegato 6 dell'Appendice 2 del presente Piano.

A corollario del coordinamento tra la sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO 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), che è chiamato a svolgere molteplici attività tra cui attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e la verifica della coerenza tra quanto previsto all'Allegato 6 dell'Appendice 2 del PIAO e gli obiettivi stabiliti nel documento di programmazione del ciclo delle *performance* del presente Piano.

La tempestiva trasmissione e pubblicazione dei dati, in conformità a quanto previsto all'Allegato 6 dell'Appendice 2 del PIAO ("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.

2.3.9.1 TRASPARENZA E APPALTI

Il nuovo codice dei contratti, d.lgs. n. 36/2023, ha introdotto rilevanti modifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni relative a questo settore dell'attività amministrativa, basate sulla valorizzazione del principio dell'unicità dell'invio.

Le attività e i procedimenti relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici debbono essere svolti mediante le piattaforme e i servizi infrastrutturali digitali delle singole stazioni appaltanti e sono oggetto di comunicazione obbligatoria alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici di cui è titolare ANAC: da qui, la conseguenza -propria del richiamato principio dell'unicità dell'invio- per cui la comunicazione alla BDNCP da parte di ciascuna stazione appaltante di dati per i quali la legge impone anche l'obbligo di pubblicazione per finalità di trasparenza costituisce anche assolvimento di tale obbligo, essendo onere di ANAC garantire la pubblicazione in formato aperto dei dati ricevuti dalle singole stazioni appaltanti, dovendo queste ultime assicurare il collegamento tra la loro sezione "Amministrazione trasparente" del sito e la BNDCP.

Con delibera n. 261 del 20 giugno 2023, ANAC ha individuato le informazioni che, ai sensi dell'art. 23, comma 5 del Codice, le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP; tale invio deve avvenire attraverso la piattaforma digitale in uso a ciascuna stazione appaltante e costituisce anche l'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione per finalità di trasparenza di cui all'art. 37 del d.lgs. n. 33/2013.

Dal 1 gennaio 2024 le stazioni appaltanti assolvono agli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici secondo un doppio binario:

- per tutti i dati che l'art. 10 della delibera ANAC n. 261/2023 individua come oggetto di comunicazione alla BDNCP, attraverso l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "bandi di gara e contratti", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi al ciclo di vita del contratto, previamente comunicati alla BDNCP e da questa resi pubblici, secondo le modalità indicate nella medesima deliberazione;
- per gli atti, i dati e le informazioni che non debbono essere comunicati alla BDNCP, come analiticamente individuati dall'allegato 1 della delibera ANAC n. 264/2023, come modificata con delibera ANAC n. 601/2023, attraverso la loro pubblicazione tempestiva in formato aperto a cura della stazione appaltante nella sezione del sito "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "bandi di gara e contratti".

Per quanto attiene, infine, agli obblighi di trasparenza applicabili nel periodo transitorio e in quello a regime si richiama di seguito quanto sintetizzato da ANAC nell'aggiornamento 2023 del PNA 2022:

Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ss. e dalle delibere ANAC n. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

Il nuovo quadro di riferimento normativo in materia di appalti e le novellate indicazioni di ANAC ha, dunque, modificato alcune parti sostanziali della trasparenza in un'ottica sempre maggiore di trasversalità e si rappresenta che le innovazioni introdotte, che comportano anche una revisione dell'albero di Amministrazione Trasparente, troveranno implementazione progressiva nel corso del 2024.

2.3.9.2 ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO

Dagli anni '90 ad oggi diverse sono state le modifiche legislative che hanno coinvolto l'istituto dell'accesso agli atti.

Nell'adunanza del 24 ottobre 2018, il Presidente e i componenti del Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione hanno 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".

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 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.

2.3.9.3 TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI (REG. UE 2016.679)

La disciplina della tutela dei dati personali è oggi posta dal Regolamento (UE) 2016/679 "*Regolamento generale sulla protezione dei dati*" (GDPR) e dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 di modifica del Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

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 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*".

ARCS, in ottemperanza al Regolamento (UE) n. 2016/679, si è dotata di un Modello Organizzativo Privacy (MOP), meglio descritto sul sito istituzionale alla sezione "*Policy* in materia di trattamento dei dati personali".

L'Azienda, pertanto, si è adoperata 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, altresì, 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.

Il RPD (Responsabile per la Protezione dei Dati) costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, in particolare per l'esercizio delle funzioni correlate alle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato (art. 5 comma 7 d.lgs. 33/2013) nel caso in cui siano coinvolti profili attinenti alla protezione dei dati personali.

Il procedimento decisorio sull'istanza di riesame prevede che il RPCT richieda obbligatoriamente un parere al Garante per la protezione dei dati personali.

2.3.9.4 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E FONDI PNRR

Per quanto riguarda la trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR, ANAC ha inteso fornire alcuni suggerimenti volti a semplificare ed a ridurre gli oneri in capo alle Amministrazioni titolari di interventi. In particolare, laddove gli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), rientrino in quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, l'Autorità ritiene che gli obblighi stabiliti in tale ultimo decreto possano essere assolti dalle Amministrazioni centrali titolari di interventi, inserendo, nella corrispondente sottosezione di Amministrazione Trasparente, un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR. Con riferimento ai Soggetti attuatori degli interventi – in assenza di indicazioni della RGS sugli obblighi di pubblicazione sull'attuazione delle misure del PNRR - si ribadisce la necessità di dare attuazione alle disposizioni del D.lgs. n. 33/2013.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1.1 LINEE STRATEGICHE PER L'ORGANIZZAZIONE

Come già evidenziato in premessa, 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, per la cui consultazione nel dettaglio si rimanda al sito istituzionale, è stato adottato con decreto DG n. 159 del 10/08/2022 e parzialmente modificato ed integrato con successivi decreti DG n. 111 del 20.05.2024, n. 204 del 27.09.2024 e n. 254 del 22.11.2024.

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 LR 27/2018. Tale norma prevede, infatti, che l'ARCS:
  - assicuri 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;
  - fornisca 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 (es. concorsi centralizzati per il personale del comparto) 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 2.3.3.2 del presente Piano, con l'evidenza che per sopravvenute disposizioni regionali non si è realizzato il trasferimento *ex* art. 31 del d.lgs. 165/2001 di alcune funzioni (CURPE, Raccolta sangue territoriale).

La programmazione 2025 di ARCS si propone di dare continuità alle azioni di implementazione delle funzioni previste dall'articolo 4 della LR 27/2018 e rappresentate nell'organigramma aziendale, coerentemente con le specifiche indicazioni regionali.

In conseguenza della necessaria evoluzione delle funzioni di coordinamento sanitario, così come assegnate dalla Regione, nel triennio 2025-2027 è ipotizzabile un incremento

dell'organico ad esse dedicato. Nel corso del 2025, in particolare in aderenza a quanto previsto nella DGR 2052/2024 di approvazione delle Linee per la gestione del SSR 2025 si dovrà provvedere, in particolare, al potenziamento degli organici delle seguenti strutture:

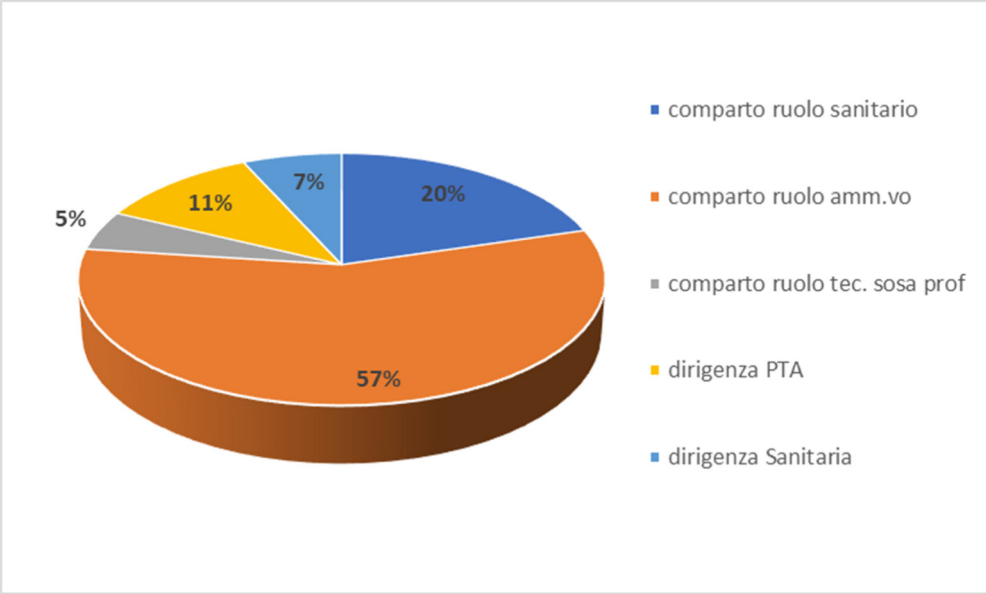
- Struttura complessa "*Struttura Operativa Regionale Emergenza Sanitaria (SORES)*" ora COREUT per copertura presenza medica sulle 12 ore
- Struttura complessa "*Coordinamento della rete oncologica regionale*"
- Centrale della Comunicazione del Sistema Salute Regionale (CCSSR) incardinata nella SSD Comunicazione e qualità.

3.1.3 CONSISTENZA DEL PERSONALE AL 31.12.2024

Il personale in servizio alla data del 31.12.2024, distinto per ruolo, area contrattuale, profilo e tipologia di rapporto risulta essere il seguente:

Situazione al 31.12.2024																
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
Amm.vo	comparto	Coadiutore Amministrativo	1	1,00							1	1,00			1
		Assistente Amministrativo	61	60,16	11	11					72	71,16	4	4	68
		Collab. Amm.vo-Professionale	53	52,00	5	5					58	57,00	2	2	56
		Collab. Amm.vo-Profes. Senior	2	2,00							2	2,00			2
	Dirgenza	Direttori Amministrativi	16	16,00	1	1	1	1			18	18,00	3	3	15
Prof	Dirgenza	Dirigente Ingegnere	5	5,00	1	1					6	6,00			6
	comparto	Giornalista pubblico			1	1					1	1,00			1
Sanitario	Comparto	Collab. Profes. San. - Infermiere	43	43,00							43	43,00			43
		Tencio neurofisiopatologia	1	1,00							1	1,00			1
		Tecnico della prevenzione	1	1,00							1	1,00			1
		Dietista													
		Infermiere senior	3	3,00							3	3,00			3
	Dirigenza	Dirigente Farmacista	6	6,00							6	6,00	1	1	5
		Dirigente Professioni Sanitarie	2	2,00	1	1					3	3,00			3
		Dirigente Medico	6	6,00	1	1					7	7,00			7
Tecnico	Comparto	Assistente informatico	1	1,00					1	1	2	2,00			2
		CollaboratoreTecnico -Professionale	8	8,00							8	8,00			8
	Dirigenza	Dirigente Sociologo													
		Dirigente Analista	1	1,00							1	1,00			1
		Dirigente Statistico	1	1,00							1	1,00			1
Sosa	comparto	Operatore Socio Sanitario					1	1			1	1,00			1
		totale	211	209,16	21	21	2	2	1	1	235	233,16	10	10	225

La composizione del personale in forza al 31.12.2024 per area contrattuale è la seguente:



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
- Smart working

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, previo confronto con le organizzazioni sindacali di categoria, ARCS ha adottato i relativi Regolamenti aziendali, rispettivamente con decreto n. 131 del 01.09.2021 per la Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa afferente all'area delle Funzioni Locali, con decreto n. 97 del 9.5.2024 per il Comparto e con decreto n. 212 del 15.10.2024 per la Dirigenza di Area Sanità.

Di seguito si dà evidenza degli incarichi dirigenziali affidati ai dirigenti in forza alla data del 31.12.2024:

profilo / incarico	struttura complessa	struttura semplice, anche dipartimentale	incarico professionale	tot
Dirigente amministrativo	4	3	8	15
Dirigente analista		1		1
Dirigente ingegnere	2	1	3	6
Dirigente statistico			1	1
Dirigente medico	3	1	3	7
Dirigente farmacista	1		4	5
Dirigente professioni sanitarie			3	3
	10	6	22	38

Nel corso del triennio 2025-2027, in coerenza con il PTFP e con le disposizioni regionali, la necessaria evoluzione delle funzioni affidate ad ARCS, in particolare nell'ambito del coordinamento sanitario, implicherà l'individuazione delle conseguenti responsabilità.

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.

Alla data del 31.12.2024 la composizione degli incarichi di funzione affidati è la seguente:

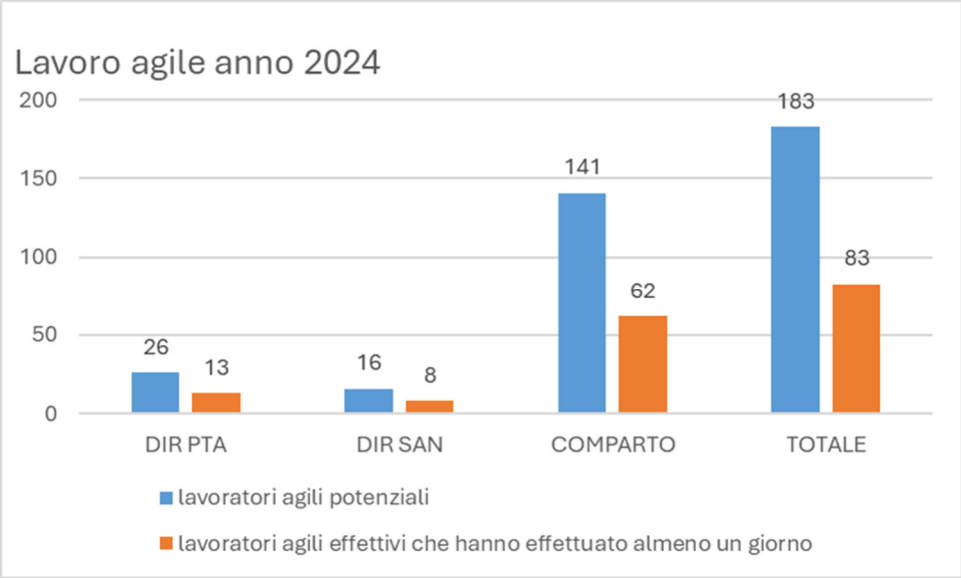
profilo / incarico	nr incarichi
Collaboratore amministrativo-professionale	11
Infermiere	7
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	1
Assistente amministrativo	2

Per favorire il benessere organizzativo aziendale, inoltre, intervenendo sulla conciliazione tra lavoro e vita privata dei dipendenti ARCS:

- viene annualmente riconosciuto l'istituto del diritto allo studio del personale del Comparto previsto all'art. 62 CCNL 02/11/2022, ai sensi del vigente regolamento aziendale;
- è possibile utilizzare l'istituto delle ferie e riposi solidali, come previsto dai CCNL delle diverse aree contrattuali;
- viene utilizzato l'istituto del lavoro agile, di cui alla sottosezione 3.2. Di seguito alcuni dati di sintesi sull'utilizzo dell'istituto a partire dall'anno di attivazione:

	2021	2022	2023	2024
lavoratori agili potenziali	154	190	179	183
lavoratori agili effettivi che hanno effettuato almeno un giorno	76	55	94	83
Giornate complessive di lavoro agile fruite	2778	1622	1728	2222

Lavoratori che hanno fruito del lavoro agile nell'anno 2024, per area contrattuale:



3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.2.1 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

In data 2.11.2022 è stato sottoscritto definitivamente il CCNL 2019-2021 del personale del Comparto che, al titolo VI, ha disciplinato il lavoro a distanza, ivi comprendendo le fattispecie del Lavoro agile (art. 76) e del Lavoro da remoto (art. 81).

Per le aree dirigenziali, il lavoro agile è stato contrattualizzato dai seguenti CCNL:

- Dirigenti Medici e Sanitari; art. 92 e seguenti del CCNL 23.01.2024;
- Dirigenti Area Funzioni Locali (ruoli PTA); art. 11 e seguenti del CCNL 16.07.2024;

Per quanto non previsto dalle norme contrattuali, si rinvia alla legislazione vigente in materia:

- articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81: lavoro agile;
- DPCM 23.09.2021: modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa in presenza dal 15.10.2021;
- MPA-DM 8.10.2021: modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni;
- Ministero della Pubblica Amministrazione, Direttiva 29 dicembre 2023: forme di tutela per i lavoratori fragili.

3.2.2 DEFINIZIONI

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.

3.2.3 CARATTERISTICHE E CONDIZIONI DEL LAVORO AGILE

Lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile:

a) deve essere compatibile con la tipologia di attività cui il lavoratore è tenuto e con l'organizzazione degli uffici e del lavoro (allegato n. 2);
b) non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
c) deve garantire 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) deve prevedere, ove sia stato accumulato lavoro arretrato, il relativo piano di recupero assegnato dal dirigente responsabile al lavoratore agile;
e) è subordinata alla sottoscrizione del contratto individuale tra lavoratore e dirigente responsabile della struttura di assegnazione, ove sono definiti:

- gli specifici obiettivi della prestazione resa;
- le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché le eventuali fasce di contattabilità;
- 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.

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).

3.2.4 AMBITO DI APPLICAZIONE

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.

3.2.5 ATTIVITÀ NON COMPATIBILI CON IL LAVORO AGILE

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

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.

3.2.6 TEMPI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE

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.

Le suddette giornate in lavoro agile sono ridotte in relazione all'utilizzo di altri istituti che prevedano l'assenza retribuita dal lavoro (es. ferie, malattia, permessi, congedi ecc.).

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 al punto seguente, come segue:

a. profili non dirigenziali per almeno 4 ore/giorno
b. dirigenti per almeno 6 ore/giorno.

Dette fasce orarie di contattabilità devono collocarsi all'interno dell'intervallo 8.00 – 18.00 e sono definite in accordo con il responsabile di struttura.

Fatte salve le fasce di contattabilità di cui sopra, 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.

3.2.7 IL PROGETTO INDIVIDUALE DI LAVORO AGILE

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 3.

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) le fasce orarie di contattabilità;
g) la tipologia di strumentazione tecnologica necessaria per espletamento dell'attività;
h) i software necessari;
i) il luogo di prestazione del lavoro agile.

Il progetto è soggetto alla preventiva approvazione del responsabile della struttura di appartenenza del richiedente e costituisce parte integrante del contratto individuale di cui al successivo punto 3.2.8. A tal fine il responsabile dovrà verificare che il progetto soddisfi tutti i requisiti di cui alla presente disciplina.

3.2.8 CONTRATTO INDIVIDUALE DI LAVORO

La sottoscrizione del contratto individuale di lavoro, secondo lo schema di cui all'allegato 4, è condizione necessaria per l'attivazione del rapporto in modalità agile.
Il progetto individuale costituisce parte integrante e sostanziale del contratto.

3.2.9 LAVORATORI FRAGILI

In applicazione della direttiva MPA del 29.12.2023, allo scopo di salvaguardare i soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, si consente ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

3.2.10 MODALITÀ SVOLGIMENTO

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.

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.

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.

3.2.11 STRUMENTI DI LAVORO

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.

Il lavoratore si impegna ad utilizzare gli strumenti forniti da ARCS esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

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.

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.

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.

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.

Nel caso di malfunzionamenti dell'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.

3.2.12 TRATTAMENTO GIURIDICO ECONOMICO

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 nei paragrafi successivi.

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.

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.

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.

3.2.13 OBBLIGHI DI CUSTODIA DELLA DOCUMENTAZIONE

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.

3.2.14 SICUREZZA SUL LAVORO

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, con cadenza almeno annuale, l'informativa scritta (allegato n. 5) 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.

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.

Ogni lavoratore è tenuto a collaborare diligentemente con l'Azienda al fine di garantire un adempimento sicuro, corretto e proficuo della prestazione di lavoro e si impegna a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

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.

3.2.15 ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI

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.

3.2.16 LAVORO AGILE E PERFORMANCE

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.

3.2.17 RECESSO DAL CONTRATTO

Sia il lavoratore che l'Azienda, durante il periodo di svolgimento del progetto di lavoro agile possono, fornendo specifica motivazione, recedere dal contratto prima della sua naturale scadenza con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni.
Costituiscono cause di revoca le seguenti casistiche:

a. il ripetuto disallineamento dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi di produttività previsti;
b. la violazione da parte del lavoratore e della lavoratrice delle norme dettate dal PIAO in materia di lavoro agile o di altre norme e disposizioni contrattuali compatibili con il lavoro agile, ferme restando le responsabilità disciplinari e amministrative;
c. il venir meno delle condizioni di compatibilità con il lavoro agile delle attività da svolgere;
d. la ripetuta irreperibilità del lavoratore nelle fasce di contattabilità.

3.2.18 MONITORAGGIO IMPATTO LAVORO AGILE

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.
La modalità di lavoro agile non incide sul potere direttivo del Datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle del lavoro in presenza.
Durante lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente è tenuto alla rendicontazione dei risultati conseguiti e delle attività svolte.
Il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente dovrà verificare ed eventualmente apportare correttivi all'attività lavorativa in smart working.
Il mancato rispetto degli obblighi derivanti dai regolamenti e dalle disposizioni interne di servizio, dà luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, in conformità alla disciplina contrattuale e legale vigente in materia.

3.2.19 PRIVACY E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il lavoratore - in qualità di "incaricato" al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 4, 29 e 32 del Regolamento UE 679/2016 e dell'art. 2 quaterdecies del d.lgs. 196/2003 (Codice Privacy), così come modificato dal D. Lgs. 101/2018– 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 le 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;
- evitare il collegamento a reti non sicure o sulle quali non si abbiano adeguate garanzie;
- 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.

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.

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.

3.2.20 DISPOSIZIONI FINALI

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.

3.3 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.

Alla data di redazione del presente documento l'iter di aggiornamento del PTFP 2024-2026 non è completato considerato che le indicazioni e i vincoli in materia sono definiti nella DGR 2052 del 30.12.2024 avente ad oggetto "*LR 22/2019 Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2025. Adozione definitiva*".

Per l'aggiornamento del PTFP 2025-2027 la Regione FVG con la predetta deliberazione ha fornito le seguenti indicazioni:

1) il PTFP aziendale deve essere coerente con il vincolo di spesa definito dalla DGR stessa per l'anno 2025 e quantificato per ARCS in € 13.597.869,90;
2) con riferimento al decreto ministeriale n.132/2022 l'Azienda dovrà rappresentare:
    a) la consistenza di personale al 31.12.2024, suddivisa per categorie, ruoli e profili, con evidenza separata per il personale universitario e della ricerca;
    b) la programmazione delle risorse umane 2025 tenendo conto:
        - della capacità assunzionale in riferimento al vincolo di spesa assegnato;
        - della stima del trend delle cessazioni note e presunte;
        - delle azioni di riorganizzazione che impattano sull'impiego di personale;
        - dei percorsi di riqualificazione del personale e dei passaggi all'interno della medesima area tra profili diversi;
        - della possibilità di stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti di legge;
    c) le strategie e modalità di copertura del fabbisogno;
3) nell'ambito del tetto di spesa assegnato, l'Azienda dovrà presentare la proposta di manovra sul personale per l'anno 2025 – entro il 31.1.2025 - utilizzando le tabelle relative ai Piani triennali di fabbisogni di personale elaborate secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità (DCSPSD).
4) la Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità provvederà ad approvare il PTFP dell'ARCS entro 60 giorni dal ricevimento, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio. Nei trenta giorni successivi alla sua adozione l'Azienda dovrà

provvedere alla trasmissione dei contenuti del PTFP tramite il sistema SICO di cui all'articolo 60 del D. Lgs. 165/2001.

5) il piano triennale potrà essere modificato in occasione dei rendiconti infrannuali, in cui dovranno essere riportate le motivazioni poste a fondamento delle singole variazioni.
6) l'approvazione regionale costituisce autorizzazione del piano delle assunzioni utili alla copertura della dotazione organica prevista nell'annualità 2025, nei limiti previsti dai costi e degli FTE autorizzati; per le annualità 2026 e 2027 ha invece un valore esclusivamente programmatorio, senza autorizzazione di assunzione o di spesa.

Nelle more del completamento dell'iter innanzi delineato l'Azienda fa riferimento al seguente PTFP 2024-2026 adottato da ultimo con decreto DG 263 del 29.11.2024.

PTFP 2024				PTFP 2024 adottato con decreto DG 263/2024								
				TESTE				TESTE FTE				
CONTRATTO	RUOLO	AREA	PROFILO	TI	TD	UNIV.	TOT.	TI	TD	UNIV.	TOT	Stima costi a regime PTFP 2024
COMPARTO	SANITARIO	Prof. salute	Dietista	1			1	1,00			1,00	36.473,28
			Infermiere	48			48	47,83			47,83	1.788.906,97
			Tecn.Neurofisiopatologia	1			1	1,00			1,00	36.977,65
			Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	1			1	1,00			1,00	36.921,37
			Infermiere Senior	3			3	3,00			3,00	113.139,45
			RUOLO SANITARIO Totale	54			54	53,83			53,83	2.012.418,72
	sosa	Operatori	Operatore Socio Sanitario		1		1		1,00		1,00	30.991,18
			RUOLO SOCIO SANITARIO Totale		1		1		1,00		1,00	30.991,18
	amm.vo		Coadiutore Amministrativo	1			1	1,00			1,00	29.506,36
		Assistenti	Assistente Amministrativo	73	4		77	72,33	4,00		76,33	2.321.371,61
		Prof. sal. funz	Collaboratore Amministrativo professionale	60			60	58,17			58,17	2.031.157,22
			Collaboratore Amministrativo professionale Senior	2			2	2,00			2,00	73.150,30
			RUOLO AMMINISTRATIVO Totale	136	4		140	133,50	4,00		137,50	4.455.185,49
	tecnico	Assistenti	Assistente Informatico	3			3	3,00			3,00	97.211,61
			Assistente Tecnico									
		Prof. sal. funz	Collaboratore Tecnico Professionale	12			12	12,00			12,00	423.316,66
			RUOLO TECNICO Totale	15			15	15,00			15,00	520.528,27
	prof.	Prof. sal. funz	Specialista nei rapporti coni media - giornalista pubb	1			1	1,00			1,00	35.215,72
			RUOLO PROFESSIONALE Totale	1			1	1,00			1,00	35.215,72
TOTALE CONTRATTO COMPARTO				206	5		211	203,33	5,00		208,33	7.054.339,38
DIRIGENZA PTA	AMM.VO		Dirigenti Amministrativi	16	2		18	16,00	2,00		18,00	1.264.645,20
			RUOLO AMMINISTRATIVO Totale	16	2		18	16,00	2,00		18,00	1.264.645,20
	SOCIO SANITARIO		Sociologi	1			1	1,00			1,00	64.659,20
			RUOLO SOCIO SANITARIO Totale	1			1	1,00			1,00	64.659,20
	TECNICO		Analista	1			1	1,00			1,00	65.135,62
			Statistico	1			1	1,00			1,00	65.305,00
			RUOLO TECNICO Totale	2			2	2,00			2,00	130.440,62
			Ingegneri	5	1		6	5,00	1,00		6,00	417.327,33
			RUOLO PROFESSIONALE Totale	5	1		6	5,00	1,00		6,00	417.327,33
TOTALE CONTRATTO DIRIGENZA PTA				24	3		27	24,00	3,00		27,00	1.877.072,35
DIR. AREA SANITA'	SANITARIO		Medici	8			8	8,00			8,00	793.538,98
			Dirigente delle Professioni Sanitarie	3			3	3,00			3,00	197.561,35
			Farmacisti	7			7	7,00			7,00	536.297,60
			RUOLO SANITARIO Totale	18			18	18,00			18,00	1.527.397,93
TOTALE CONTRATTO DIRIGENZA AREA SANITA'				18			18	18			18	1.527.398
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE - ESCLUSI FONDI CONTRATTUALI				248	8		256	245	8		253	10.458.809,66
Fondi contrattuali	Comparto		Fondo art. 102 CCNL 02/11/2022									797.631,74
			Fondo art. 103 CCNL 02/11/2022									725.389,72
			oneri c/ente									563.517,95
	Dirigenza PTA		Fondo art. 90 CCNL 17/12/2020 - art. 52 CCNL 16/7/2024									636.518,15
			Fondo art. 91 CCNL 17/12/2020 - art. 52 CCNL 16/7/2024									317.169,28
			oneri c/ente									352.864,34
	Dirigenza area sanità		Fondo art. 72 CCNL 23/01/2024									383.822,65
			Fondo art. 73 CCNL 23/01/2024									68.908,16
			Fondo art. 74 CCNL 23/01/2024									21.770,39
			oneri c/ente									175.565,45
TOTALE FONDI CONTRATTUALI												4.043.157,82
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE				248	8		256	245,33	8,00		253,33	14.501.967,48

I fabbisogni di personale in termini quali/quantitativi sono espressi per le sole funzioni censite nella L.R. 27/2018 ad oggi effettivamente avviate in ARCS nonché a quelle in corso di implementazione (reti cliniche, screening, coordinamento rete oncologica regionale, ecc.).

I fabbisogni evidenziati nel PTFP 2024-2026 sono la risultanza del processo di negoziazione di budget attivato dalla Direzione strategica con le strutture aziendali nel corso del 2024.

Le unità di personale previste – distinte per profilo - rappresentano il numero minimo indispensabile per assicurare il funzionamento dei servizi e delle attuali attività di ARCS. Non comprendono al momento l'eventuale "consolidamento" di funzioni di nuova attivazione quali il coordinamento della rete oncologica e coordinamento delle reti cliniche, se non per le figure dirigenziali apicali.

Allo stato attuale non sono stimabili le cessazioni, essendo per ARCS ininfluente la casistica dei pensionamenti. In ogni caso, considerate le esigenze di funzionamento dell'azienda, sarà necessario sostituire tempestivamente le cessazioni che avverranno nel corso dell'anno.

ARCS, per il reclutamento del personale a tempo indeterminato, farà ricorso ai seguenti strumenti:

1) procedure di mobilità ex art. 30 del D. Lgs.165/2001;
2) stabilizzazioni ai sensi della normativa vigente nel tempo;
3) utilizzo di graduatorie concorsuali.

Nel corso del 2025 verranno attivate procedure selettive dedicate al reperimento del personale a copertura delle e quote d'obbligo previste dalla legge 68/99.

Il reclutamento del personale a tempo determinato avverrà attraverso:

4) il ricorso all'istituto del comando
5) l'utilizzo di graduatorie di selezioni pubbliche.

Il reclutamento attraverso altri istituti quali i contratti di somministrazione e contratti libero professionali, sarà utilizzato soltanto qualora sia necessario sopperire a carenze improvvise ovvero l'impegno previsto per l'attività richiesta non renda opportuno l'attivazione di un rapporto di lavoro dipendente (es. RSPP, ecc.).

Il costo stimato del PTFP 2024-2026 rispetta i vincoli di spesa a suo tempo assegnati dalla Regione con la DGR n. 48/2024 e a valere dal 2025 con DGR 2052/2024. Del rispetto dei vincoli viene dato conto periodicamente alla Direzione Centrale Salute in sede di rendiconto trimestrale.

RISPETTO VINCOLO DI SPESA DEL PERSONALE A REGIME 2025 SULLA BASE DEL PTFP 2024-2026			costi a regime	
			ANNO 2025	**ANNO 2025**
LAV DIP	BA2080	Totale Costo del personale	13.602.210,37	13.602.210,37
LAV FLESSIBILE (co.co co, lib profess, somministraz ecc...)	BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato		
	BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato		
	BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato		
	BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria		
	BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria		
PERS UNIV	BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria		
	BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria		
IRAP	YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	899.757,11	899.757,11
	YA0030	Y.1.B)IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	190.113,49	190.113,49
		TOTALE CONTI MONITORATI SENZA 1% M.S.	14.692.080,97	14.692.080,97
		1% m.s. (comprensivo di oneri riflessi)		
		TOTALE	**14.692.080,97**	**14.692.080,97**
DETRAZIONI		(-) categorie protette nel limite della quota dell'obbligo	257.440,00	257.440,00
		(-) 305 100 750 300 30 30 20 Costo contrattisti - ricerca finalizzata		
		(-) altri costi di personale a carico di finanziamenti ricerca finalizzata	88.724,00	88.724,00
		(-) personale a carico di finanziamenti comunitari o privati		
		(-) IRAP su tirocinanti CEFORMED	114.070,00	114.070,00
		(-) risorse art. 1 c. 293 L 234/2021 (P.S.)		
		(-) CCNL del personale del ruolo delle ricerca sanitaria e delle attività di supporto della ricerca sanitaria		
		(-) Personale somministrato su finanziamenti ricerca (solo IRCCS)		
		(-) rinnovo CCNL 2019-2021 dirigenza area sanità	51.722,43	
		(-) rinnovo CCNL 2019-2021 dirigenza PTA	92.639,57	
		(-) IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)	35.376,00	35.376,00
		(-) IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024)	12.452,00	12.452,00
		(-) incremento IVC comparto (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 213/2023	229.144,00	229.144,00
		(-) incremento IVC dirigenza (anticipo rinnovo CCNL 2022-2024) L. 2132023	79.905,00	79.905,00
		(-) rimborsi di personale comandato/in utilizzo qualora entrino nei costi del personale di cui sopra	282.296,00	282.296,00
		(-) Incremento fondi contrattuali art. 1 c. 435 L. 205/2017 (compresi oneri) rispetto DGR 1033/2023		
		(-) costi personale a carico di finanziamenti extra fondo DGR 48/2024 (tab. pag.100)		
		(-) Attività di supporto alla DC settore delle tecnologie e degli investimenti per l'attuazione del PNNR...		
		TOTALE DETRAZIONI	1.243.769,00	1.099.407,00
		TOTALE AL NETTO DELLE DETRAZIONI	13.448.311,97	13.592.673,97
		TETTO DI SPESA	13.483.578,29	13.597.869,90
			2024	2025
			rispettato	**rispettato**

3.4 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;
- le linee progettuali di formazione comprese nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

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 per la formazione in sanità (CeForMed).

3.4.2 LINEE STRATEGICHE PER LA FORMAZIONE

ARCS considera la formazione come valore strategico per i professionisti dell'Azienda e mette in atto tutte le strategie possibili per favorire la partecipazione alle iniziative formative nel rispetto degli impegni istituzionali, assicurando la conciliazione con i tempi di vita e di lavoro, tenuto conto delle tecniche e strategie di apprendimento andragogiche, optando di volta in volta per modalità di formazione che possono essere sul campo, in presenza o a distanza anche promuovendo l'utilizzo delle tecnologie disponibili.

La formazione avrà anche il compito strategico di accompagnare la riforma dell'assistenza territoriale per l'applicazione di quanto previsto dal DM 77/2022 con il progressivo consolidamento dei ruoli e delle competenze necessari.

Le priorità sulle quali ARCS orienta le azioni di formazione per l'anno 2025 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 di struttura complessa;
    - Per il Middle Management e i dirigenti delle Professioni Sanitarie;
    - Per gli Infermieri Famiglia o di Comunità;
    - Per professionisti del Sistema sanitario regionale, titolari di Struttura organizzativa e con una prospettiva lavorativa di almeno 10 anni : corso di cui al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6, sub investimento 2.2 c "*Sviluppo delle competenze tecniche- professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" - sub-misura: "corso di formazione manageriale".*

b) Formazione specifica per la sicurezza dei lavoratori: sia formazione generale di base sia specifica per strutture a basso e ad alto rischio oltre che organizzazione dei corsi trasversali regionali, derivanti dal Piano regionale della Formazione (PFR) per Responsabili dei Lavoratori per la sicurezza e Responsabili dei Servizi Prevenzione e Protezione e corsi antincendio;
c) Formazione continua su anticorruzione (livelli base e avanzato), accessibilità, tecnologie informatiche e sistemi informativi, con attenzione agli aspetti di cyber security;
d) Formazione per aspetti sanitari quali:
    - emergenze sanitarie e corsi di primo soccorso,
    - coordinamento reti cliniche,
    - qualità e sicurezza delle cure,
    - infezioni correlate all'Assistenza (di cui al corso missione 6 componente 2 sub INVESTIMENTO 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere,
    - formazione tecnico professionale e per il lavoro in team per la riforma dell'assistenza territoriale (che si affianca alla formazione manageriale già prevista dal PNRR);
e) Organizzazione dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale (MMG) e, in coerenza con quanto stabilito dal Comitato di indirizzo della Scuola del CeForMed, supporto per le iniziative di formazione continua dei MMG e Pediatri di libera scelta, oltre alle tematiche che verranno sviluppate nelle riunioni delle AFT distrettuali, per le quali viene definito il calendario e suggeriti alcuni temi d'interesse, si garantisce il supporto per le giornate dei congressi regionali delle tre aree contrattuali (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali Ospedalieri) rappresentate in sede di Comitato esecutivo del CeForMed;
f) Gestione dei corsi sul fascicolo sanitario elettronico, la digitalizzazione della sanità e la privacy, su indicazione della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per ottemperare a quanto previsto dal PNRR.

3.4.3 OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI DELL'AZIONE FORMATIVA

Gli obiettivi generali dell'attività formativa del triennio 2025 – 2027 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 al contenuto e gli indirizzi dei documenti programmatici del contesto aziendale e sovraziendale, comprese le progettualità PNRR;
- 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 di *Middle Management* 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, nonché i nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale;
- 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, primo soccorso);
- Garantire la continuità formativa sia teorica che pratica di tutti i trienni del corso in formazione specifica in medicina generale, supportare sia le iniziative di formazione continua dei Pediatri di libera scelta e dei Medici di medicina generale che l'organizzazione dei congressi regionali per le tre aree contrattuali (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali Ospedalieri) rappresentate in sede di Comitato esecutivo del CeForMed;

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	2024	2025	2026
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 esterni (accreditati ECM da altri provider o non ECM debitamente autorizzati in regime di formazione obbligatoria).

3.4.4 STRUMENTI E RISORSE ATTIVABILI NEL TRIENNIO 2025/2027

Le risorse interne ed esterne disponibili e attivabili nel triennio 2025/2027 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 in modalità da remoto (FAD sincrona o e-learning) 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 anche 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.

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 e monitoraggio sulle attività svolte;
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.

4. MONITORAGGIO

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio, sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti sia dei risultati conseguiti che coinvolgono le diverse componenti dell'Azienda, e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

La Direzione strategica, in collaborazione con i Dirigenti, presidia i processi operativi aziendali, monitorando costantemente il raggiungimento degli obiettivi attraverso indicatori, sia generali sia di maggior dettaglio, riferiti ai risultati attesi dal perseguimento delle singole azioni strategiche, in grado di fornire informazioni tempestive e concise sull'andamento dell'attività. Lo scopo della valutazione è di analizzare l'efficacia e l'incisività delle azioni intraprese nonché la loro coerenza con gli obiettivi prefissati e con il contesto di riferimento, in un'ottica di miglioramento continuo sia delle azioni poste in essere sia della capacità di progettarle.

Nell'ambito del monitoraggio e della valutazione del PIAO ci si propone pertanto, di effettuare una valutazione del documento programmatorio nel suo complesso.

La valutazione del PIAO sarà pertanto effettuata su diverse direttrici: dal monitoraggio del valore pubblico e della performance, al monitoraggio dell'attuazione delle misure per i rischi corruttivi e trasparenza, al monitoraggio del lavoro agile; tutti orientati verso il Monitoraggio, la verifica e la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello generale nonché la Valutazione dell'impatto delle azioni programmate e realizzate sul contesto organizzativo e sul personale a livello aziendale.

4.1 MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Il monitoraggio del ciclo della performance ed in particolare degli obiettivi assegnati ai vari livelli dell'organizzazione viene effettuato, ai sensi dell'art. 6 e 10, comma 1 – lettera b) del d.lgs. 150/2009 secondo quanto previsto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Esso rappresenta infatti lo strumento che consente all'Ente di programmarsi e render conto della propria azione.

La realizzazione degli obiettivi di performance è soggetta a monitoraggio trimestrale al fine di misurare lo stato di avanzamento delle diverse progettualità e porre in essere gli eventuali interventi correttivi. Il responsabile del Dipartimento/Struttura, oltre a monitorare l'andamento delle progettualità, fornisce ai propri collaboratori il feed back sull'andamento delle attività oggetto di obiettivo, con periodicità almeno trimestrale ed ogni qualvolta intervengano criticità in ordine alla realizzazione dello stesso. E' prevista la possibilità di rimodulazione degli obiettivi nel corso dell'anno, qualora motivazioni esterne, non dipendenti o imputabili al responsabile della struttura/obiettivo, ne pregiudichino il raggiungimento o lo rendano non più rilevante. La richiesta di rimodulazione deve essere presentata in occasione dei monitoraggi periodici.

Il monitoraggio del "Piano attuativo e Bilancio preventivo" ai sensi della normativa regionale è 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.

4.2 MONITORAGGIO SU ATTUAZIONE MISURE PER LA GESTIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Sia per una sintesi dei monitoraggi effettuati per l'anno 2023 sia per la programmazione del monitoraggio previsto per il triennio 2024-2026 si rimanda alla sottosezione 2.3.8 "Monitoraggio su attuazione misure per la gestione Rischi Corruttivi".

Per l'attuazione e il monitoraggio della trasparenza si rimanda alla sottosezione 2.3.9 "Programmazione dell'attuazione e monitoraggio della trasparenza".

APPENDICI

APPENDICE 1 – PERFORMANCE

Allegato 1: Piano attuativo aziendale

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: Modulo progetto

Allegato 4: Accordo individuale

Allegato 5: Informativa sulla sicurezza