



# **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022 – 2024**

# INDICE

<b>A. IL PIANO TRIENNALE DELLE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>2. OGGETTO, FINALITA' ED AMBITO DI APPLICAZIONE.....</b>	<b>5</b>
<b>3. PROCEDURE DI FORMAZIONE E ADOZIONE DEL PIANO.....</b>	<b>8</b>
<b>4. SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....</b>	<b>9</b>
<b>5. CONTESTO ESTERNO ED INTERNO.....</b>	<b>16</b>
5.1 IL TERRITORIO, LA POPOLAZIONE E L'ECONOMIA.....	16
5.2 LA PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA – PREMessa ISTITUZIONALE.....	20
5.3 ASSISTENZA E TUTELA DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE.....	23
5.4 IL PERSONALE.....	29
<b>6. ESITI DEL MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI NEL PTPCT 2021-2023.....</b>	<b>31</b>
<b>7. OBIETTIVI STRATEGICI E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI ATTIVITÀ AZIENDALE.....</b>	<b>32</b>
<b>8. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.....</b>	<b>32</b>
<b>9. INTRODUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA GESTIONE DOCUMENTALE DEL SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO QUALITÀ AMBIENTE E SICUREZZA.....</b>	<b>35</b>
<b>10. LE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....</b>	<b>38</b>
10.1 CODICE DI COMPORTAMENTO – DIFFUSIONE DI BUONE PRATICHE E VALORI.....	38
10.2 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE.....	40
10.3 LA ROTAZIONE “STRAORDINARIA”.....	43
CONFLITTO DI INTERESSE.....	44
10.4 OBBLIGO DI COMUNICAZIONE E DI ASTENSIONE DEL DIPENDENTE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI.....	44
10.5 ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI.....	48
10.6 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ PER SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI.....	49
10.7 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.....	51
10.8 ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO ( <i>PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS</i> ).....	53
10.9 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. <i>WHISTLEBLOWER</i> ).....	54
10.10 LA FORMAZIONE.....	55
10.11 PATTI DI INTEGRITÀ.....	56
10.12 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI.....	57
10.13 SEGNALAZIONE DI OPERAZIONI SOSPETTE.....	57
<b>11. MISURE ULTERIORI DI CARATTERE SPECIFICO.....</b>	<b>58</b>
11.1 SETTORE DEL PERSONALE:.....	59
11.2 INCARICHI DI CONSULENZA LEGALE E DIFESA IN GIUDIZIO:.....	59
11.3 SETTORE AFFARI GENERALI LEGALI.....	59
11.4 SETTORE AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE – CONTRATTI PUBBLICI: RIVEDERE.....	60
11.5 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI.....	62
11.6 SETTORE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA.....	63
11.7 SETTORE FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONE, SPONSORIZZAZIONE, INFORMAZIONE SCIENTIFICA:.....	64

11.8	SERVIZIO ISPETTIVO.....	64
11.9	ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI .....	64
11.10	PUBBLICAZIONE DI ATTI CONCERNENTI INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA .....	65
11.11	ATTIVITÀ CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO .....	65
<b>12.</b>	<b>MONITORAGGIO E RIESAME .....</b>	<b>66</b>
<b>13.</b>	<b>CRONO PROGRAMMA E AZIONI CONSEQUENTI ALL'ADOZIONE DEL PIANO.....</b>	<b>66</b>
<b>B.</b>	<b>IL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA .....</b>	<b>67</b>
1.	PREMESSA .....	67
2.	MODALITA' DI ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA IN ASUGI .....	69
3.	L'ACCESSO CIVICO .....	70
4.	TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI.....	71
	ALLEGATI: .....	73
	1 – La mappatura dei processi e la gestione dei rischi in ASUGI – Metodologia	
	1a – Mappatura dei processi / Procedimenti e valutazione dei rischi della SC Ricerca e Innovazione	
	1b – Mappatura dei processi/ procedimenti e valutazione dei rischi delle precedenti Aziende (ASUITS ed AAS2)	
	2 – Monitoraggio adempimenti PTPCT 2021-2023	
	3- Procedura per l'applicazione dell'istituto della rotazione straordinaria	
	4-Riepilogo adempimenti PTPCT 2022-2023	
	5- Riepilogo obblighi di trasparenza	

## A. IL PIANO TRIENNALE DELLE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

### 1. PREMESSA

Il terzo Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della Trasparenza dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina si colloca in continuità con il percorso di unificazione avviato nel 2020, a seguito dell’istituzione di ASUGI in conseguenza alla soppressione delle precedenti Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 Bassa friulana – Isontina.

Innanzitutto occorre precisare che in data 12 gennaio 2022 l’ANAC ha deliberato di rinviare il termine per l’approvazione dei Piani Triennali aziendali - fissato al 31 gennaio di ogni anno dalla L. 190/2012 – al 30 aprile 2022.

Il rinvio del termine risulta opportuno in connessione con le recenti riforme introdotte dal legislatore. Il DL 80/2021 ha infatti introdotto il Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) prevedendo che la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza costituisca parte integrante, unitamente ad altri strumenti di programmazione, di un documento annuale unitario aziendale. Il DL 228/2021 ha fissato il termine per l’adozione del PIAO al 30 aprile 2022, nelle more dell’approvazione del decreto ministeriale con cui il DFP dovrà adottare un Piano-tipo a supporto delle amministrazioni.

Quanto allo stato di emergenza sanitaria, si segnala che lo stesso, iniziato a marzo 2020, è stato da ultimo prorogato fino al 31 marzo 2022, e, con il DL 24 del 24/3/2022 è stato dato l’avvio ad un percorso di “progressivo rientro nell’ordinario”; chiaramente, in questa fase, l’attività aziendale rimane vincolata al monitoraggio della situazione sanitaria, sulla quale l’attenzione rimane alta. La priorità organizzativa rimane indirizzata al contenimento e alla gestione sanitaria della pandemia e dalla stessa rimangono condizionati tutti i processi decisionali e organizzativi.

Quanto all’organizzazione aziendale, occorre precisare che il nuovo Atto aziendale di ASUGI è stato trasmesso alla Regione e all’Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) in data 18.2.2022; l’Azienda, in seguito alle valutazioni dell’ARCS, è attualmente in attesa di ricevere il nulla osta dalla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e disabilità, per poter procedere con l’adozione e, quindi, con l’attuazione dell’Atto.

Nel frattempo rimane in vigore quanto stabilito, nelle more dell’adozione dell’Atto aziendale, dal Direttore Generale dell’ASUGI con il Decreto n. 1 del 1.1.2020 “*Presa d’atto della costituzione dell’Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) di cui al decreto del Presidente della Regione n. 0223/Pres. dd. 20.12.2019, su conforme deliberazione della Giunta regionale n. 2174*

*dd. 12.12.2019, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 3 e 11 della LR n. 27 del 17 dicembre 2018. Prime determinazioni organizzative relative all'assetto istituzionale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, nelle more dell'adozione dell'Atto Aziendale".*

Con tale atto l'Azienda ha stabilito, tra l'altro, quanto segue:

- di definire in questa fase l'organizzazione ed il funzionamento dell'A.S.U.G.I. in conformità, per quanto compatibili, ai contenuti già stabiliti negli Atti Aziendali dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 Bassa Friulana Isontina e atti organizzativi conseguenti;
- di confermare in questa fase e in via transitoria gli assetti organizzativi esistenti al 31.12.2019, come risultanti dai provvedimenti relativi agli incarichi dirigenziali e di comparto assunti dalle due Aziende (ora soppresse) fino al 31.12.2019, e di disporre la prosecuzione degli incarichi del personale dirigente e degli incarichi di funzione/posizione organizzativa e coordinamento in essere alla data del 31.12.2019 e non cessati, al fine di garantire la continuità delle relative funzioni e delle connesse responsabilità. Un tanto fino all'attuazione progressiva del nuovo sistema di incarichi anche in applicazione del nuovo Atto Aziendale, che sarà adottato secondo la procedura di rito, e fatti salvi gli ordinari termini di scadenza dei singoli incarichi che nel frattempo giungeranno a termine e gli eventuali atti di riorganizzazione interna che la Direzione aziendale riterrà necessario assumere medio tempore;
- di recepire e confermare i contenuti di tutti i regolamenti aziendali e degli atti organizzativi vigenti al 31.12.2019, per le rispettive aree di competenza e per le parti compatibili con la nuova organizzazione scaturente dall'istituzione dell'ASUGI, fatta salva ogni possibile rivalutazione da operarsi con successivo provvedimento amministrativo in relazione a specifiche materie e/o ambiti;
- di fare salva in particolare, in questa fase, la regolamentazione oggetto dei Contratti Collettivi Integrativi sottoscritti e vigenti nelle due Aziende alla data del 31.12.2019, nonché i regolamenti inerenti direttamente e indirettamente la gestione del personale per il personale/le strutture ivi già individuate, secondo l'organizzazione del lavoro dell'area triestina e dell'area giuliano-isontina, nelle more del progressivo allineamento contrattuale, regolamentare e procedurale, e fatta salva – per regolamenti e procedure - ogni possibile rivalutazione da operarsi con successivo provvedimento amministrativo in relazione a specifiche materie e/o ambiti.

Le determinazioni assunte con il DCR 1/2020 sono state in seguito declinate in indicazioni operative che la Direzione aziendale ha formalizzato nei confronti delle strutture amministrative tecniche e di staff al fine di chiarire nel periodo di transizione l'attribuzione delle responsabilità con particolare riferimento alle strutture che svolgono la medesima attività o funzioni sovrapponibili.

Stante quanto sinora premesso, in considerazione soprattutto del perdurare dello stato di emergenza sanitaria, va evidenziato che il presente Piano è stato predisposto, nuovamente, in mancanza di una nuova organizzazione stabile dell'Azienda (che necessita dell'adozione dell'Atto aziendale), condizione questa che ha inevitabilmente influito sulla previsione degli obiettivi e delle attività inseriti nel Piano stesso. L'attività aziendale tutta, e quindi anche quella collegata al PTPCT, dipende, inoltre, direttamente dall'evolversi della situazione di pandemia sanitaria che, attualmente, appare ancora molto incerta.

Per quanto riguarda le attività connesse agli obblighi di trasparenza, il sito web aziendale contiene una sezione Amministrazione trasparente che, a partire dal 1.1.2020 è stata alimentata con la documentazione e le informazioni della sola ASUGI, rinviando in ogni sezione alla documentazione precedentemente pubblicata dalle ex ASUITS ed ex AAS2; dal 2020 è stato possibile valutare e ridefinire alcune modalità di pubblicazione e le relative responsabilità (pur ribadendo che l'organizzazione attuale continua a basarsi, in alcuni casi, su strutture "doppie", come derivanti dalle precedenti organizzazioni, non ancora completamente integrate).

## **2. OGGETTO, FINALITA' ED AMBITO DI APPLICAZIONE**

Il Piano Aziendale 2022-2024, come i precedenti, è predisposto in base agli indirizzi forniti dall'ANAC nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (delibera 1064 del 13 novembre 2019), il quale ha espressamente rivisto e consolidato in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni date finora nelle parti generali dei PNA (dal 2013), integrandoli con orientamenti maturati nel corso del tempo e che sono anche stati oggetto di appositi atti regolatori.

Il 2 febbraio 2022, inoltre, l'ANAC ha approvato il documento "Sull'onda della semplificazione e della trasparenza – Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza", che contiene ulteriori indicazioni in merito alla stesura e ai contenuti dei Piani aziendali, anche in relazione al PIAO e al coordinamento con gli altri atti programmatici aziendali da inserire in detto Piano.

Il PNA 2019, coniugando e rivalutando tutto quanto previsto nei precedenti PNA, in particolare

- ha riordinato tutte le precedenti previsioni in merito alla finalità dei Piani triennali aziendali e ai principali contenuti, ai soggetti coinvolti nell'elaborazione e attuazione dei piani, al collegamento tra PTPCT e performance, al ruolo degli OIV, alle misure generali di prevenzione della corruzione;
- ha riunito in un unico atto tutto quanto stabilito sui criteri di scelta del RPCT, sui requisiti soggettivi, sull'autonomia dall'organo di indirizzo, sui casi di revoca dell'incarico, sui

rapporti tra il RPCT e gli altri organi dell'amministrazione oltre che sulle attività, sui poteri e sulle responsabilità del RPCT;

- ha sviluppato ed aggiornato le indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi (confluite nell'allegato n. 1 del PNA) incidendo in particolare sulla fase di mappatura dei processi e di valutazione dei rischi, discostandosi nettamente da quanto stabilito nel PNA 2013 e proponendo un approccio valutativo del rischio non più di tipo quantitativo ma di tipo qualitativo
- ha confermato l'obbligo per le amministrazioni di unificare in un unico strumento il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e il Piano triennale della trasparenza e dell'integrità.

Il presente PTPCT 2022 – 2024, al fine di articolare una strategia complessiva per la prevenzione ed il contrasto del rischio di corruzione e di illegalità nell'ASUGI e di assicurarne la concreta attuazione di azioni coordinate e sistemiche:

- a) ridefinisce il processo di gestione del rischio in ASUGI mediante l'introduzione di una nuova metodologia di valutazione del rischio, allegata al Piano (Allegato 1);
- b) fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, individuando le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio medesimo, riferita, allo stato, ad una struttura organizzativa risultante dalla fusione delle precedenti aziende ASUITS e AAS2;
- c) indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio della corruzione e stabilisce un programma per la realizzazione degli stessi, da coordinare con il PAL aziendale e da declinare nel documento che definirà gli obiettivi/attività di ciascuna articolazione organizzativa aziendale;
- d) definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, se possibile, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari ovvero misure alternative, nonché che le attività a rischio di corruzione debbano essere svolte, ove possibile, dal personale specificamente selezionato e formato;
- e) definisce, per le attività individuate ai sensi del piano, iniziative di formazione, e misure di attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- f) stabilisce, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del piano, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- g) definisce le modalità per il monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

- h) prevede le seguenti misure obbligatorie di prevenzione: codici di comportamento – diffusione di buone pratiche e valori; rotazione del personale (o misure alternative); obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse; disciplina delle attività ed incarichi extra-istituzionali; divieto di *pantouflage*; incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; disciplina delle incompatibilità nella formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione; tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower); formazione; patti di integrità e misure ulteriori.

Il Piano è pubblicato sul sito internet dell’Azienda nella sezione Amministrazione trasparente e viene trasmesso all’OIV, in considerazione delle funzioni di controllo previste dalla legislazione vigente.

Il Piano si applica a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell’Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, ferme restando le specificità legate al proprio status giuridico.

Rientra tra i compiti dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, diffondere i contenuti del piano aziendale di prevenzione della corruzione e trasparenza ai rispettivi dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo al momento dell’assunzione in servizio e, successivamente, con cadenza periodica, specie allorquando si sia proceduto a modifiche e/o aggiornamenti del Piano.

Il Piano si inserisce in un processo caratterizzato da sviluppo continuo e progressiva correzione ed implementazione, condotto con le cadenze temporali previste, attraverso un’analisi operata in stretta collaborazione con i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali e con i Referenti per la prevenzione della corruzione e tramite periodici monitoraggi da parte dei soggetti aziendali coinvolti nel processo.

Tenuto conto della valenza programmatica triennale, tutte le previsioni contenute nel PTPCT 2022 – 2024 potranno costituire oggetto di modifica, aggiornamento, revisione e implementazione, a fronte di specifiche emergenti necessità, soprattutto nel corso di ciascuna delle due annualità susseguenti all’anno 2022, al fine di realizzare un sistema integrato di interventi e misure.

Costituisce, altresì, parte sostanziale ed integrante del presente Piano, la sezione dedicata alla Trasparenza.

La presa visione del Piano e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari dello stesso.

Per agevolare l’assolvimento di tale obbligo:

- ✓ a cura del competente Ufficio di supporto al RPCT viene predisposto un avviso da pubblicare sul sito istituzionale e da trasmettere tramite e-mail per informare i destinatari dell’avvenuta pubblicazione del Piano e dei suoi aggiornamenti e dell’obbligo di prenderne visione;



- ✓ i Responsabili delle strutture aziendali devono provvedere ad informare il personale eventualmente non raggiungibile tramite e-mail aziendale;
- ✓ il Responsabile della SC Gestione del Personale ha dato disposizione agli uffici di fornire ad ogni nuovo assunto o collaboratore, che firma una dichiarazione di avvenuta consegna, una copia del Codice di comportamento aziendale e le indicazioni necessarie per accedere ai contenuti del PTPCT, informandolo dell'obbligo di rispetto delle previsioni in essi contenute;
- ✓ i Responsabili delle ditte/associazioni il cui personale opera, in forza di contratti di fornitura o di collaborazione/convenzione, nell'ambito dell'ASUGI, adottano le iniziative dirette ad assicurare la conoscenza e l'osservanza del PTPCT e del Codice di Comportamento dell'Azienda da parte dei propri dipendenti/collaboratori.

### **3. PROCEDURE DI FORMAZIONE E ADOZIONE DEL PIANO**

Per l'anno corrente, come accennato in premessa, l'ANAC ha deliberato di rinviare il termine per l'approvazione dei Piani Triennali aziendali - fissato al 31 gennaio di ogni anno dalla L. 190/2012 - al 30 aprile 2022.

Un tanto avviene in coerenza con le recenti riforme introdotte dal legislatore (DL 80/2021 e DL 228/2021) e con la necessità per l'Azienda di integrare il PTPCT con gli altri atti di programmazione da inserire nel Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Come avvenuto anche nelle precedenti annualità, entro la fine dell'anno 2021 ciascun Responsabile di articolazione aziendale, anche con il supporto dei Referenti di struttura per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, ha trasmesso al RPCT la relazione sulle attività svolte in adempimento alle prescrizioni ricevute e/o contenute nel Piano, nonché le proprie eventuali proposte aventi ad oggetto l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio di corruzione o l'aggiornamento rispetto a quelle già indicate, riportando, altresì, le concrete misure organizzative adottate o da adottare dirette a contrastare il rischio rilevato, nonché le rispettive esigenze formative.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, anche sulla scorta delle indicazioni pervenute da parte dei Responsabili delle Strutture aziendali, ha elaborato lo schema del PTPCT, e, dopo averlo condiviso con i suddetti Responsabili, lo ha trasmesso al Direttore Generale in tempi utili per la successiva adozione nei termini di legge.

Il Piano viene approvato dall'organo di vertice aziendale, con validità temporale triennale; ogni anno il contenuto viene aggiornato con riferimento al triennio successivo a scorrimento.

L'aggiornamento annuale del Piano tiene conto dei seguenti fattori:

- ✓ normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- ✓ mutamenti organizzativi;
- ✓ emersione di nuovi rischi;

- ✓ nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA.

Il PTPCT viene quindi trasmesso all'OIV, il quale è tenuto a verificare che il Piano sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico – gestionale e che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il Piano può essere modificato anche in corso d'anno, su proposta del RPCT.

#### **4. SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

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

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

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

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

- predisporre in tempi utili per l'approvazione entro il 31 gennaio di ogni anno, coadiuvato dalle diverse Strutture dell'Azienda nonché dal gruppo di supporto tecnico individuato dal Direttore Generale, il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza aziendale, da sottoporre al Direttore Generale per l'approvazione.
- provvedere alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso qualora vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- provvedere alla verifica, d'intesa con i Dirigenti competenti, dell'effettiva possibilità di rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che vengano commessi reati di corruzione, o all'attuazione delle misure alternative previste dal Piano;
- provvedere ad individuare, con i Dirigenti, il personale da inserire nei programmi di formazione previsti, ai sensi della Legge 190/2012 e definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio;
- predisporre (e pubblicare nel sito web Aziendale) una relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta entro i termini di legge, da trasmettere al Direttore Generale dell'Azienda ed all'OIV;
- vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- segnalare al Direttore Generale e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indicare all'UAD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- vigilare, ai sensi del D.Lgs 39/2013, della deliberazione ANAC n. 149/2014, delle Linee guida ANAC del. 833 del 3 agosto 2016 e della delibera 1201 del 18.12.2019, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, sul rispetto delle disposizioni del decreto medesimo sulla inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi, contestando agli interessati l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità di cui al decreto stesso;
- vigilare, ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, sulla diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'amministrazione, sul monitoraggio annuale sulla sua attuazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del D.Lgs. 165/2001 e ss.ii.mm., curare la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 6 novembre 2012, n. 190, dei risultati del monitoraggio;
- svolgere un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, segnalando al Direttore

Generale, all'OIV, all'ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato adempimento degli obblighi di pubblicazione;

- riferire sull'attività qualora lo ritenga opportuno e nei casi in cui il Direttore Generale, l'OIV o l'ANAC lo richiedano
- assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.lgs. 97/2016 e pronunciarsi sulle richieste di riesame entro il termine di 20 giorni.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di ASUGI è il dott. Michele Rossetti, dirigente amministrativo a tempo indeterminato con incarico di Direzione della Struttura Complessa Staff, innovazione, sviluppo organizzativo e formazione, nominato con decreto n. 120 dd. 29.1.2020.

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

- diffondere una cultura di prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti, favorendo l'informazione dei propri collaboratori sulle procedure e sui regolamenti aziendali, con particolare riguardo al personale di nuova assegnazione;
- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT;
- individuare i processi di lavoro ed il personale maggiormente a rischio nell'ambito della propria struttura;
- implementare sistemi di controllo e di monitoraggio che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati dei propri collaboratori;

- partecipare all'elaborazione del Piano triennale fornendo attiva collaborazione al Responsabile aziendale nella valutazione del grado di rischio presente, nell'individuazione ed eventuale correzione, integrazione, modifica degli interventi organizzativi e delle procedure volte a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, nonché nella predisposizione di idonei strumenti di monitoraggio;
- fissare i termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, laddove non già previsti da norme o regolamenti o altra disciplina, e monitorare il loro effettivo rispetto con cadenza periodica, con l'obbligo di segnalare al RPCT eventuali scostamenti o anomalie riscontrate;
- monitorare i rapporti instaurati tra l'Azienda ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, secondo regolamenti e procedure interne che verranno adottate e, se già presenti, aggiornate alla luce della normativa anticorruzione;
- garantire la massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, diffondendone la conoscenza fra il personale della propria struttura;
- individuare il personale, con particolare riferimento al personale destinato ad operare in aree ad alto rischio, da inserire in percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, comunicandoli al RPCT, e pianificare modalità di condivisione delle conoscenze e competenze acquisite;
- verificare, d'intesa con il RPCT, qualora prevista, l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree di attività nel cui ambito è più elevato rischio di corruzione, o l'attuazione delle misure alternative previste dal Piano.
- assicurare il rispetto della normativa in materia di tutela del dipendente che segnala condotte illecite di cui alla L. 179 del 30.11.2017 e all'art. 54 *bis* del D.lgs. 165/2001;
- adottare misure a garanzia del rispetto del Codice di comportamento di dipendenti di cui al DPR 62/2013 (Codice generale) e del Codice di comportamento aziendale, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano;
- adottare misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, di cui al D.Lgs di data 8.4.2013 n. 39 (emanato a norma dell'art. 1, commi 49 e 50 della Legge 190/2012), anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16-ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001);

- all'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, ex art. 53 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dal comma 42 della Legge 190/2012;
- adottare misure in materia di trasparenza così come previste dal D.lgs. 33/2013, dalle altre disposizioni vigenti, nonché dal presente Piano;
- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- adottare, ove competenti, le misure gestionali quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale;
- osservare le misure contenute nel PTPCT;
- garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, in base agli obblighi di trasparenza, ai fini del rispetto di quanto stabilito dalle norme in materia, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;

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

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

Al fine di aggiornare la rete dei Referenti, nel mese di gennaio 2022, con nota del RPCT, è stato chiesto a tutti i Direttori / Responsabili delle strutture tecnico amministrative e socio sanitarie aziendali di confermare i nominativi dei Referenti di struttura o di procedere ad una nuova

individuazione; le individuazioni risultano in fase di acquisizione e saranno completate entro il mese di aprile 2022.

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

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

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

- offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elaborare una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- validare la Relazione sulla performance, verificando che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e assicurarne la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- verificare, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;

- verificare i contenuti della Relazione annuale del RPCT, in relazione agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- proporre, sulla base del sistema di cui al D.lgs. 150/2009, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- esprimere parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda, o sulle modifiche allo stesso;
- riferire all'ANAC, qualora richiesto, in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza;

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

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

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

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

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



## 5. CONTESTO ESTERNO ED INTERNO

Le caratteristiche del contesto esterno ed interno costituiscono fattori in grado di influire significativamente sul livello di esposizione al rischio corruttivo dell’Azienda. Pertanto quella che segue è un’analisi volta ad illustrare gli elementi maggiormente rappresentativi del contesto in cui l’Azienda è inserita ed opera. Relativamente al contesto esterno, si farà riferimento, in particolare, all’ambito territoriale delle provincie di Trieste e Gorizia e della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Il contesto è stato estrapolato dall’annuario “Regione in cifre” del 2021, principale pubblicazione statistica della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

### 5.1 Il Territorio, la popolazione e l’economia

L’Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina attualmente comprende un ambito territoriale di 678,9 kmq, costituito dai territori dei Comuni che ne fanno parte:

a) Area Giuliana (corrispondente alla Provincia di Trieste) – superficie totale di 212,5 kmq ed una popolazione residente di 230.689 abitanti (dati ISTAT al 01/01/2021). Comprende i seguenti comuni: Duino-Aurisina/Devin Nabrezina, Monrupino/Repentabor, Muggia, San Dorligo della Valle-Dolina, Sgonico/Zgonik, Trieste;

b) Area Isontina (corrispondente alla Provincia di Gorizia) – superficie di 475,4 kmq e 139.070 abitanti rilevati al 01/01/2021. Comprende i seguenti comuni: Capriva del Friuli, Cormons, Doberdò del Lago/Doberdò, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Fogliano Redipuglia, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Grado, Mariano del Friuli, Medea, Monfalcone, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Floriano del Collio/Steversan, San Lorenzo Isontino, San Pier d'Isonzo, Savogna d'Isonzo/Sovodnje ob Soci, Staranzano, Turriaco, Villesse.

Popolazione ASUGI al 01/01 Comune di Residenza	2020	2021		Var. % 21/20	Sup. kmq	Densità abitativa	
	totale	maschi	femmine				totale
<b>Gorizia</b>	<b>137.795</b>	<b>68.735</b>	<b>70.335</b>	<b>139.070</b>	<b>0,90%</b>	<b>475,4</b>	<b>292,8</b>
<b>Trieste</b>	<b>231.445</b>	<b>110.976</b>	<b>119.713</b>	<b>230.689</b>	<b>-0,30%</b>	<b>212,5</b>	<b>1097,8</b>
Trieste							
Duino Aurisina-Devin Nabrežina	8.321	4.033	4.340	8.373	0,60%	45,3	185,9
Monrupino-Repentabor	859	427	430	857	-0,20%	12,6	68,4
Muggia	12.934	6.252	6.714	12.966	0,20%	13,9	939,4
San Dorligo della Valle-Dolina	5.722	2.939	2.893	5.832	1,90%	24,2	235,7
Sgonico-Zgonik	1.996	1.027	1.025	2.052	2,80%	31,4	64,6
Trieste	201.613	96.298	104.311	200.609	-0,50%	85,1	2388,1
Gorizia							
Capriva del Friuli	1.644	782	840	1.622	-1,30%	6,3	259,7

Cormons	7.162	3.437	3.813	7.250	1,20%	35,1	208
Doberdò del Lago-Doberdob	1.350	636	704	1.340	-0,70%	27,1	49,9
Dolegna del Collio	328	174	151	325	-0,90%	12,9	25,6
Farra d'Isonzo	1.662	834	864	1.698	2,20%	10,3	163,3
Fogliano Redipuglia	2.986	1.439	1.538	2.977	-0,30%	7,9	383,6
Gorizia	33.569	16.528	17.559	34.087	1,50%	41,3	824,8
Gradisca d'Isonzo	6.385	3.034	3.339	6.373	-0,20%	11,2	571,7
Grado	8.065	3.805	4.154	7.959	-1,30%	119,5	67,4
Mariano del Friuli	1.485	736	739	1.475	-0,70%	8,6	171,9
Medea	978	484	481	965	-1,30%	7,4	132,8
Monfalcone	28.290	15.157	14.076	29.233	3,30%	20,6	1395,8
Moraro	713	343	350	693	-2,80%	3,6	199,1
Mossa	1.555	726	799	1.525	-1,90%	6,2	250,1
Romans d'Isonzo	3.709	1.833	1.873	3.706	-0,10%	15,5	239
Ronchi dei Legionari	11.811	5.821	6.030	11.851	0,30%	17,1	697,7
Sagrado	2.166	1.050	1.105	2.155	-0,50%	13,9	156,5
San Canzian d'Isonzo	6.129	3.022	3.088	6.110	-0,30%	33,9	182
San Floriano del Collio-Števerjan	756	373	374	747	-1,20%	10,6	71
San Lorenzo Isontino	1.540	765	753	1.518	-1,40%	4,4	349
San Pier d'Isonzo	1.998	1.007	970	1.977	-1,10%	9	220,3
Savogna d'Isonzo-Sovodnje ob Soci	1.672	919	821	1.740	4,10%	17	100,2
Staranzano	7.309	3.617	3.649	7.266	-0,60%	18,8	389,3
Turriaco	2.855	1.370	1.438	2.808	-1,60%	5,2	552,1
Villesse	1.678	843	827	1.670	-0,50%	12,1	139,8

Fonte: Anagrafi comunali - Dati ISTAT - rilevazione POSAS – Regione in cifre 2021

### Distribuzione della popolazione per fasce di età:

Popolazione al 1/1/2019	Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%
<b>Classi di età</b>						
<b>0-14</b>	19.913	10,48	21.080	11,73	40.993	11,08
<b>15-64</b>	110.244	57,99	115.336	64,18	225.580	61,00
<b>65-74</b>	25.449	13,39	21.540	11,99	46.989	12,71
<b>ultra75</b>	34.493	18,14	21.761	12,11	56.254	15,21
<b>Totale</b>	190.099	100	179.717	100	369.816	100

### Distribuzione per fasce di popolazione per Distretto:

	Distretto 1						Distretto 2					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
Classi di età	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
<b>0-14</b>	<b>3.195</b>	10,22	<b>3.377</b>	11,54	<b>6.572</b>	10,86	<b>2.769</b>	9,87	<b>3.037</b>	11,27	<b>5.806</b>	10,56
<b>15-64</b>	<b>18.104</b>	57,9	<b>18.383</b>	62,82	<b>36.487</b>	60,28	<b>16.467</b>	58,71	<b>17.881</b>	66,33	<b>34.348</b>	62,44
<b>65-74</b>	<b>4.303</b>	13,76	<b>3.779</b>	12,91	<b>8.082</b>	13,35	<b>3.721</b>	13,27	<b>3.029</b>	11,24	<b>6.750</b>	12,27
<b>ultra75</b>	<b>5.667</b>	18,12	<b>3.726</b>	12,73	<b>9.393</b>	15,52	<b>5.090</b>	18,15	<b>3.012</b>	11,17	<b>8.102</b>	14,73
<b>Totale</b>	<b>31.269</b>	100	<b>29.265</b>	100	<b>60.534</b>	100	<b>28.047</b>	100	<b>26.959</b>	100	<b>55.006</b>	100

	Distretto 3						Distretto 4					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
Classi di età	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
<b>0-14</b>	<b>3.035</b>	9,93	<b>3.140</b>	11,11	<b>6.175</b>	10,5	<b>3.094</b>	10,33	<b>3.208</b>	12,02	<b>6.302</b>	11,13
<b>15-64</b>	<b>16.753</b>	54,83	<b>17.107</b>	60,55	<b>33.860</b>	57,57	<b>17.572</b>	58,67	<b>17.275</b>	64,73	<b>34.847</b>	61,53
<b>65-74</b>	<b>4.748</b>	15,54	<b>3.902</b>	13,81	<b>8.650</b>	14,71	<b>3.634</b>	12,13	<b>2.962</b>	11,1	<b>6.596</b>	11,65
<b>ultra75</b>	<b>6.020</b>	19,7	<b>4.106</b>	14,53	<b>10.126</b>	17,22	<b>5.650</b>	18,86	<b>3.242</b>	12,15	<b>8.892</b>	15,7
<b>Totale</b>	<b>30.556</b>	100	<b>28.255</b>	100	<b>58.811</b>	100	<b>29.950</b>	100	<b>26.687</b>	100	<b>56.637</b>	100

Classi di età	Distretto Alto Isontino						Distretto Basso Isontino					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	3.498	10,42	3.712	11,67	7.210	11,03	4.305	11,71	4.552	12,33	8.857	12,02
15-64	19.552	58,22	20.315	63,86	39.867	60,96	21.636	58,87	24.359	65,97	45.995	62,43
65-74	4.597	13,69	4.004	12,59	8.601	13,15	4.561	12,41	4.006	10,85	8.567	11,63
ultra75	5.936	17,68	3.780	11,88	9.716	14,86	6.250	17,01	4.007	10,85	10.257	13,92
<b>Totale</b>	<b>33.583</b>	<b>100</b>	<b>31.811</b>	<b>100</b>	<b>65.394</b>	<b>100</b>	<b>36.752</b>	<b>100</b>	<b>36.924</b>	<b>100</b>	<b>73.676</b>	<b>100</b>

## Indicatori di struttura della popolazione al 01/01/2021

PROVINCE	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza totale	Indice di dipendenza giovanile	Indice di dipendenza senile	Indice di struttura età attiva	Indice di ricambio età attiva	Indice di mascolinità	Età media (anni)
Gorizia	231,16	61,97	18,71	43,26	163,11	152,21	97,73	48,2
Trieste	265,19	65,15	17,84	47,31	156,62	171,03	92,67	49,1
FVG	227,13	62,04	18,96	43,07	158,07	155,83	95,15	47,9

INDICATORE	D1	D2	D3	D4	DAI	DBI	ASUGI	FVG
dip. giovanile (%)	18,01	16,9	18,24	18,08	18,09	19,26	18,17	18,96
dip. Senile (%)	47,89	43,24	55,45	44,45	45,95	40,93	45,77	43,07
popol. attiva (%)	165,61	143,53	179,28	149,1	172,22	155,68	159,05	158,07
Carico (%)	21,8	21,99	22,31	22,53	22,22	25,53	22,96	22,71
Dipendenza (%)	65,91	60,14	73,69	62,53	64,03	60,18	63,94	62,04
Fecondità (%)	3,76	4,24	4,13	4,34	4,04	5,11	4,35	4,24
Vecchiaia (%)	<b>265,9</b>	<b>255,8</b>	<b>304,06</b>	<b>245,76</b>	<b>254,05</b>	<b>212,53</b>	<b>251,89</b>	<b>227,13</b>
sostituzione (%)	163,86	183,5	174,02	167,2	163,11	143,15	163,57	155,83

Fonte Istat

## Indicatori demografici per provincia – Anni 2019-2020

	GORIZIA		TRIESTE		FVG	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Tasso di natalità	6,1	6,6	5,8	5,9	6,2	6,2
Tasso di mortalità	12,8	14,4	13,8	15,9	11,8	13,8
Crescita naturale	-6,7	-7,8	-8,0	-10,0	-5,6	-7,6
Saldo migratorio interno	1,7	0,8	3,7	-0,9	2,0	1,4
Saldo mig. con l'estero	3,7	2,2	1,4	2,8	1,5	1,6
Saldo mig. per altri motivi (*)	-1,1	-2,3	-1,2	-0,5	-1,3	-1,5
Saldo migratorio totale	4,3	0,6	3,9	1,4	2,2	1,4
Crescita totale	-2,4	-7,2	-4,1	-8,6	-3,4	-6,2
Età media	48,1	48,2	49,2	49,3	47,8	48,0
Età media al decesso	82,2	....	82,4	....	82,2	....

Nota: Dati riferiti alla situazione al 1.1. dell'anno successivo per indice di vecchiaia, di dipendenza ed età media, all'anno nel complesso per gli altri. (\*) Variazioni dovute principalmente a revisioni anagrafiche. (\*\*) Età modale alla morte, ovvero età in cui, in un dato anno, si verificano più morti.

Fonte: ISTAT - Regione in cifre 2021

Per quanto riguarda l'ambito dell'ex provincia di Trieste, l'età media degli abitanti è 49,1 anni al 1.1.2021, mentre l'indice di vecchiaia rilevato alla stessa data è pari a 265,19 (ultimo dato calcolato come rapporto tra il numero di persone con età superiore a 64 anni rispetto al numero di

persone con età inferiore a 14 anni. Esprime, quindi, la presenza di 265,19 anziani ogni 100 giovani), cosa che ben delinea la presenza di una popolazione anziana in costante aumento nel tempo, con il conseguente carico futuro di servizi sociosanitari e assistenziali da fornirsi. L'indice di dipendenza giovanile indica la presenza di 17,84 residenti di età inferiore ai 14 anni ogni 100 residenti ultrasessantatrenni; l'indice di struttura dell'età attiva indica la presenza di 156,62 residenti di età compresa tra i 40 e i 64 anni ogni 100 residenti di età compresa tra i 15 e i 39 anni; l'indice di ricambio dell'età attiva indica la presenza di 171,03 residenti di età tra i 60 e i 64 anni ogni 100 residenti tra i 15 e i 19 anni; infine l'indice di mascolinità indica la presenza di 92,67 residenti maschi ogni 100 femmine.

Per quanto riguarda l'ambito territoriale della provincia di Gorizia l'età media degli abitanti è 48,2 anni al 1/1/2021, mentre l'indice di vecchiaia rilevato alla stessa data è pari a 231,16 (ultimo dato calcolato come rapporto tra il numero di persone con età superiore a 64 anni rispetto al numero di persone con età inferiore a 14 anni. Esprime, quindi, la presenza di 231,16 anziani ogni 100 giovani), anche in questo caso in aumento rispetto all'anno 2020. L'indice di dipendenza giovanile indica la presenza di 18,71 residenti di età inferiore ai 14 anni ogni 100 residenti ultrasessantatrenni; l'indice di struttura dell'età attiva indica la presenza di 163,11 residenti di età compresa tra i 40 e i 64 anni ogni 100 residenti di età compresa tra i 15 e i 39 anni; l'indice di ricambio dell'età attiva indica la presenza di 152,21 residenti di età tra i 60 e i 64 anni ogni 100 residenti tra i 15 e i 19 anni; infine l'indice di mascolinità indica la presenza di 97,73 residenti maschi ogni 100 femmine.

Il flusso migratorio ha contribuito significativamente a modificare la demografia provinciale, sia in termini di flussi che di permanenze. Gli stranieri residenti nell'ex provincia di Trieste al 31.12.2020 sono infatti 21.452, in aumento del 2,2% rispetto all'anno 2019 e rappresentano il 9,3% della popolazione residente; gli stranieri residenti nella provincia di Gorizia al 31.12.2020 sono 14.612, in aumento del 4,6% rispetto all'anno 2019 e rappresentano il 10,7% della popolazione residente.

Tali dati suggeriscono l'adozione di interventi mirati a fronteggiare il pur notevole numero di richieste di asilo e ad accrescere il senso di appartenenza alla comunità locale favorendo il più possibile e per quanto possibile l'integrazione con la popolazione autoctona.

I territori comunali che rappresentano il bacino di afferenza dell'ASUGI sono collocati in prossimità del confine con la Repubblica di Slovenia e con ampio sbocco sul mare e risultano caratterizzati da una tradizionale attività economica soprattutto di piccola e media imprenditoria. Le due ex province, benché piccole dimensionalmente, si configurano come un crocevia di notevoli flussi di traffico merci, sia dalle frontiere terrestri sia dal mare nell'ambito dell'area portuale. Il porto di Trieste, per la sua posizione geografica e la buona connessione con la rete stradale e ferroviaria, si presenta come un agevole accesso delle merci verso l'Europa centro-orientale, offrendo un risparmio nei tempi di navigazione sulle rotte tra Europa e Asia rispetto agli scali del nord Europa.

## **5.2 La presentazione dell’Azienda – premessa istituzionale.**

L’anno 2020 ha visto l’applicazione della legge regionale di riforma n. 27/2018 e n. 22/2019 e, di conseguenza, per quanto qui rileva, la nascita dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), costituita dalla fusione dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste con la parte isontina dell’Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 2 bassa friulana – isontina. I primi atti adottati dalla neonata Azienda hanno inteso confermare la preesistente organizzazione delle due Aziende fuse (ad eccezione del Dipartimento di Prevenzione, fin da subito reso unico in base alla normativa vigente) in attesa dell’adozione del nuovo atto aziendale che, verosimilmente, sarà formalizzato nell’anno 2022. Ciò significa che, in attesa di questa importante revisione, continuano a coesistere le Strutture di staff e di line sia di ASUITS che di AAS 2 – parte isontina, definite, rispettivamente, nell’Atto Aziendale adottato con decreto del Direttore Generale di ASUITS n. 843 dd. 6/12/2017 e del Direttore Generale di AAS 2 n. 721 dd. 31/12/2015.

La Direzione Generale è già, ovviamente, unica, e compone la Direzione Strategica assieme alla Direzione Sanitaria, a quella Amministrativa e a quella dei Servizi Sociosanitari, uniche anch’esse sin dal 1/1/2020. Il Collegio sindacale è stato nominato con DCR 492 del 28.5.2020 e l’Organismo indipendente di valutazione è stato nominato con decreto n. 363 del 14.4.2020. Alla data di redazione del presente piano non risultano ancora nominati/designati i componenti dell’Organo di Indirizzo.

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

### **L’emergenza epidemiologica**

Il percorso di integrazione organizzativa ha coinciso di fatto con l’insorgere e il perdurare dello stato di emergenza conseguente alla diffusione della pandemia da SARS COV-2, i cui effetti hanno inciso sensibilmente sulla salute dei cittadini e influenzato pesantemente la programmazione sanitaria che socio-sanitaria degli ultimi due anni trascorsi.

È motivata la preoccupazione sullo stato di salute dei cittadini e delle comunità locali esposti all’emergenza epidemiologica, e in particolare sul mancato ricorso ai servizi di prevenzione, cura e riabilitazione. Una sfida da affrontare riguarda la capacità di intercettare il bisogno inespresso e la conseguenza domanda, la quale andrà intercettata e soddisfatta con una nuova capacità di offerta in termini di servizi specialistici e di prossimità, di presa in carico e continuità nell’assistenza. Grande attenzione viene posta infatti al recupero dei volumi delle prestazioni al livello pre-pandemico e al rispetto delle indicazioni cliniche sui tempi di attesa.

A tal fine in ottemperanza alle indicazioni gestionali ministeriali e regionali ASUGI ha predisposto un piano specifico di recupero dei tempi di attesa e dei volumi delle prestazioni offerte per

garantire appieno il diritto alla salute e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (Piano Aziendale per il recupero delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale).

L'emergenza sanitaria ha confermato e accentuato il bisogno di una presa in carico globale e multidimensionale delle persone, in particolar modo quando riconducibili a situazioni di fragilità. È evidente la necessità di rendere maggiormente efficaci le strategie e i modelli di risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza domiciliare conseguente sia agli esiti dell'emergenza epidemiologica, ma anche al graduale riavvio delle attività ordinarie di assistenza territoriale, nonché al significativo rallentamento della capacità di risposta delle strutture residenziali, in particolare di quelle destinate all'accoglimento di anziani non autosufficienti.

In tale prospettiva di azione e di contesto assume importanza strategica il progressivo sviluppo del sistema di assistenza territoriale secondo le linee strategiche e programmatiche indicate dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** presentato dal Governo e approvato dall'Unione Europea nell'anno 2021. Le linee di sviluppo del sistema si presentano, peraltro, ancora in corso di progressiva definizione, sia in termini di risorse che di modalità implementativa.

La D.G.R. 1446/2021 (*"LR 22/2019. Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio Sanitario Regionale"*), come rettificata dalla successiva D.G.R. n. 1965/2021, enuclea i principi riorganizzativi generali a cui gli enti devono dare concreta e progressiva attuazione nella necessaria attività di cambiamento organizzativo, fermo restando che il cambiamento delle attuali strutture organizzative degli enti potrà concretamente definirsi solo dopo che i nuovi standard e i criteri organizzativi saranno disponibili e che sulla base degli stessi sarà operabile una adeguata redistribuzione delle risorse, soprattutto umane, rispetto alle nuove strutture organizzative richieste. La costruzione del modello previsto dalla L.R. 22/2019, delineato nel PNRR, recepito e dettagliato nelle predette D.G.R. e che trova riscontro nella proposta di Atto Aziendale di ASUGI, deve essere accompagnata non solo dal rafforzamento delle risorse umane dedicate, ma anche e anzitutto dalla razionalizzazione e progressiva maggiore uniformità dei protocolli aziendali di presa in carico integrata sul territorio, nonché da una corrispondente ipotesi (ri)organizzativa e operativa di integrazione tra sistemi informativi e processi, funzionali a tale assetto imperniato sulla Casa della Comunità come riferimento sul territorio e sulla Centrale Operativa Territoriale come strumento dell'integrazione tra professionisti e setting di cura, ivi compreso il domicilio, che della cura deve costituire il luogo privilegiato.

Anche nel corso del 2022 ASUGI procederà nella piena attuazione dei contenuti del Programma operativo per la gestione dell'emergenza dal COVID-19 e nell'adozione di tutte le misure necessarie a garantire il monitoraggio e la rendicontazione delle attività svolte e dei costi sostenuti, garantendo le relative attività e risultati.

Particolare impegno sarà assicurato allo svolgimento della campagna vaccinale anti SARS CoV-2 secondo le modalità previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2/COVID 19 e successive indicazioni ministeriali e regionali (tra cui le *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19* del 10 marzo 2021) assicurando la

somministrazione sulla base delle indicazioni ricevute sia per quanto riguarda le categorie individuate che le modalità operative

In questo contesto risulta necessario procedere nel consolidamento dell'avviato percorso di potenziamento della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale con l'innovazione dei servizi territoriali e dei sistemi di presa in carico dei cittadini con problemi di salute e dei soggetti fragili, in coerenza con quanto previsto dalla LR 22/2019 anche al fine di perseguire e rilanciare l'obiettivo strategico regionale di prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione e favorire la permanenza delle persone nel proprio contesto di vita.

In attuazione di quanto disposto dall'articolo 17 della LR 18 maggio 2020, n. 9, la DGR 10 luglio 2020, n. 1028 "Linee guida per l'adozione dei piani territoriali per la riorganizzazione e gestione in sicurezza dei servizi e degli interventi per la disabilità dal rischio di contagio da COVID-19" ha fornito gli indirizzi per la stesura dei piani territoriali per la riorganizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi, relativi all'offerta sociosanitaria territoriale per la disabilità, finalizzati a garantire da un lato la continuità della presa in carico delle persone con disabilità e dall'altro l'attuazione delle misure volte alla prevenzione e al contrasto del rischio di contagio.

#### **LE LINEE PROGETTUALI 2022 DAL PAL 2022 (decreto n. 833/2022)**

Le linee per la gestione per l'anno 2022 proseguono sulla traccia delineata per il precedente anno 2021 perseguendo uno sviluppo delle attività sanitarie e socio sanitarie in continuità con la precedente programmazione, in un contesto organizzativo e gestionale di cambiamento compatibilmente con le azioni intraprese per fronteggiare la pandemia.

Vengono introdotti elementi innovativi nella programmazione 2022, declinati in OBIETTIVI STRATEGICI E A GESTIONE PRIORITARIA, e già accennati in premessa:

- A. Gestione dell'emergenza Covid
- B. Reti cliniche e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali
- C. Liste d'attesa e governo della domanda di servizi sanitari extraregionali
- D. Nuova definizione delle funzioni, riorganizzazione e sviluppo territoriale in attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza
- E. Indicatori d'attività e di esito e obiettivi d'assistenza

Vi sono poi le linee progettuali ordinarie, ATTIVITÀ E OBIETTIVI DI ESERCIZIO E MANTENIMENTO che devono essere mantenute o sviluppate in rapporto agli obblighi conseguenti all'applicazione della normativa nazionale e regionale, anche ai fini della garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Grande attenzione verrà posta alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e alla verifica degli esiti di salute della popolazione assistita anche attraverso il monitoraggio di precisi indicatori, che rientrano da anni nella programmazione regionale e aziendale e che fanno capo al metodo Bersaglio del MeS, Sant'Anna di Pisa, e al Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas. Oltre a questi per l'anno 2022, verranno analizzati gli indicatori che si riferiscono al Nuovo Sistema di



Garanzia (NSG), e in particolare quelli rientranti nel gruppo "Core", in grado di misurare le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza. Per gli indicatori l'obiettivo minimo da conseguire nell'anno 2022 è costituito dal valore migliore tra i due valori di riferimento disponibili e confrontabili: quello storico registrato dall'Ente nell'anno 2019 e il valore standard nazionale per l'anno 2022.

### **5.3 Assistenza e tutela della salute della popolazione residente**

ASUGI integra in un'unica Azienda i Servizi Territoriali, l'Ospedale e l'Università (Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute).

Eroga e sviluppa, integrandole, prevenzione, diagnosi e terapia polispecialistica, ricerca e formazione, anche di rilievo nazionale e sovranazionale. L'Azienda svolge in modo unitario e inscindibile, a livello di cure primarie ed ospedaliere, le funzioni di assistenza, didattica e ricerca.

Organizza e gestisce le attività assistenziali e di ricerca clinica sia direttamente sia attraverso il governo delle reti cliniche integrate previste dalla programmazione del Servizio Sanitario Regionale.

#### **Assistenza Ospedaliera**

L'Assistenza Ospedaliera è garantita dai due Presidi ospedalieri, quello di Cattinara e Maggiore, con 630 p.l. alla data del 31/12/2021 (596 ordinari, 34 di day hospital, di cui 16 di day surgery) e quello di Gorizia e Monfalcone, con 388 p.l. alla data del 31/12/2021 (353 ordinari e 35 di day hospital).

Inoltre, insiste sul territorio un ospedale infantile, l'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Speciale Burlo Garofolo (136 p.l.) e altre 3 case di cura convenzionate (altri 321 p.l. accreditati).

Il Presidio Cattinara/Maggiore è costituito da due complessi ospedalieri, uno denominato Ospedale di "Cattinara" ed uno denominato Ospedale "Maggiore". È sede del Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste.

Il Presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone è composto da 2 stabilimenti: l'Ospedale Fatebenefratelli di Gorizia e l'Ospedale San Polo di Monfalcone.

Le sale operatorie del presidio ospedaliero Maggiore/Cattinara sono in totale 22 (due dedicate completamente ad attività di chirurgia "ambulatoriale" e "day surgery" presso l'ospedale Maggiore). Le sale operatorie del presidio ospedaliero di Gorizia e Monfalcone sono in totale 12 (di cui 2 dedicate ai piccoli interventi chirurgici in regime "ambulatoriale" e di "day surgery"). Al Complesso Operatorio di Cattinara sono collegati 15 p.l. di "recovery-room". Al Complesso Operatorio di Gorizia e Monfalcone sono collegati 8 p.l. di "recovery-room".



L'emergenza Cardiologica viene assicurata presso il Polo Cardiologico di Trieste (altri 15.000 m2 ) che dispone di 3 sale emodinamiche e di 9 p.l. di UCIC. Nello stesso Polo è operativa la Cardiochirurgia (24 p.l.) con due sale operatorie e terapia intensiva (altri 10 p.l.) e nel presidio di Gorizia e Monfalcone viene assicurata attraverso 8 p.l. di terapia intensiva cardiologica (4 per stabilimento) e 10 p.l. di terapia semintensiva cardiologica (4 a Gorizia e 6 a Monfalcone). Inoltre nel Presidio di Cattinara è attiva l'unica Camera Iperbarica regionale con una capienza di 12 p.l.

L'attività dialitica è garantita presso il presidio Cattinara/Maggiore attraverso 52 p.l. "tecnici" in cui vengono erogate sedute emodialitiche in regime ambulatoriale o, se necessarie, per pazienti ricoverati.

Presso il presidio di Gorizia e Monfalcone, invece, l'attività dialitica è garantita attraverso 34 p.l. "tecnici" (16 a Gorizia e 18 a Monfalcone) in cui vengono erogate sedute emodialitiche in regime ambulatoriale o, se necessarie, per pazienti ricoverati.

Il Tasso di occupazione dei posti letto complessivo è pari a 78,9%, all'80,6% nel presidio Cattinara/Maggiore mentre in quello di Gorizia e Monfalcone è pari a 75,8%.

L'Azienda, inoltre:

1. accoglie in Pronto Soccorso (PS) una media di 166 cittadini/giorno nell'area giuliana e 145 cittadini al giorno nell'area isontina;

2. ricovera, dopo primo intervento presso il PS, una media di 29 pazienti/giorno (ricovero ordinario) nell'area giuliana e 15 nell'area isontina;

3. accetta in ricovero ordinario programmato circa 23 pazienti/giorno; in ricovero in regime diurno (Day Hospital o Day Surgery) 7 nell'area giuliana e 5 nell'area isontina;

4. per la specialistica ambulatoriale (per esterni):

- offre una media di 2.858 (nell'area giuliana) e 1.688 (nell'area isontina) prestazioni di specialistica ambulatoriale/giorno (sia visite che prestazioni strumentali o chirurgiche ambulatoriali, escluso quindi la Medicina dei Servizi e la Diagnostica per Immagini);

- eroga una media di 8.445 prestazioni di diagnostica di laboratorio/giorno per pazienti operando anche per il bacino di utenza dell'Istituto Burlo Garofolo;

- eroga una media di 244 (nell'area giuliana) e 137 (nell'area isontina) prestazioni di diagnostica per immagini/giorno.

[I dati sono riferiti all'anno 2021]

Nel territorio gestito da ASUGI, l'attività ambulatoriale viene erogata in più di 180 ambulatori specialistici di tipo clinico, organizzati per discipline (112 per l'area giuliana e 73 per quella isontina).

Negli ambulatori dell'area giuliana vengono erogate oltre 230.000 visite e controlli/anno per esterni (di cui oltre il 45% sono prime visite).

Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini dell'area giuliana eroga oltre 200.000 prestazioni/anno, quello di Medicina dei Servizi oltre 4.000.000 esami/anno (l'attività di Laboratorio viene svolta anche per l'Istituto Burlo Garofolo dal 2018) e l'Anatomia Patologica referta oltre 30.000 esami/anno.

Nel territorio isontino l'attività specialistica ambulatoriale viene erogata negli ambulatori ospedalieri di Gorizia e Monfalcone e nei poliambulatori distrettuali di Cormons, Gradisca d'Isonzo, Gorizia, Monfalcone e Grado, organizzati per discipline.

Negli ambulatori dell'area isontina vengono erogate oltre 110.000 visite e controlli/anno per esterni (di cui oltre il 55% sono prime visite).

Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini dell'area isontina eroga oltre 94.000 prestazioni/anno, quello di Medicina dei Servizi oltre 2.000.000 esami/anno (l'attività di Laboratorio viene svolta anche per l'Istituto Burlo Garofolo dal 2018).

L'azienda opera mediante 2 presidi a gestione diretta e 2 case di cura convenzionate.

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 1.018 unità, quelli convenzionati sono pari a 321 unità.

### **Assistenza Territoriale**

ASUGI è articolata in sei Distretti, quattro per l'area giuliana e due per l'area isontina. L'offerta dei servizi nelle strutture distrettuali è finalizzata a garantire ai cittadini:

- assistenza sanitaria di base; - autorizzazione e distribuzione di farmaci e di altri presidi sanitari; - assistenza protesica;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare;
- continuità terapeutica ed assistenziale Ospedale – Territorio;
- assistenza sanitaria nelle strutture residenziali e semiresidenziali, sanitarie e socio assistenziali;
- assistenza sanitaria e sociosanitaria rispetto a specifici bisogni della persona o della famiglia;
- attività amministrative dirette all'utenza.

I Servizi distrettuali lavorano in stretta integrazione con i Dipartimenti dei Presidi di Cattinara/Maggiore e di Gorizia/Monfalcone, con l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste, con i pediatri, le scuole, i servizi sociali dei Comuni, il Tribunale dei minori.

Presso il Distretto 2 di ex ASUITS è attiva la struttura Tutela salute bambini e adolescenti di lingua Slovena, Slovenška socio-psiho-pedagoška služba (Servizio socio-psico-pedagogico sloveno), cui possono rivolgersi le famiglie di tutto il territorio aziendale di Trieste, indipendentemente dal Distretto di appartenenza.

Le Cure ambulatoriali e domiciliari vengono garantite in stretta integrazione con i servizi sanitari e sociali, per realizzare valutazioni e interventi che coinvolgono diversi professionisti, di diverse discipline.

I principali servizi offerti coprono:

- il coordinamento delle attività svolte dai medici di assistenza sanitaria di base;
- la definizione di percorsi diagnostici-terapeutici condivisi tra medici di medicina generale e specialisti;
- attività sanitarie specialistiche ambulatoriali;
- la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e medicina generale;
- la possibilità, sulle 24 ore, di ricevere cure mediche ed infermieristiche (nel territorio isontino le cure infermieristiche vengono garantite sulle 12 ore) ;
- autorizzazione e distribuzione di farmaci e di altri presidi sanitari.

Presso ogni Distretto è attiva l'Assistenza domiciliare (a casa e presso le strutture residenziali per anziani), per evitare l'istituzionalizzazione delle persone fragili, per consentire loro di rimanere in sicurezza nel normale contesto di vita, senza perdere o limitare le proprie abitudini e relazioni sociali. L'Assistenza Domiciliare viene attuata anche attraverso il Servizio infermieristico domiciliare. ASUGI ha disponibilità di servizi specifici di Medicina specialistica domiciliare, per le prestazioni di Chirurgia, Chirurgia vascolare, Dermatologia, Ginecologia ed Ecografia ostetrico-ginecologica, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia Fisiatria, Cure Palliative e terapia del dolore alle quali si accede attraverso le richieste del medico di Medicina generale. Le Cure ambulatoriali e domiciliari, infine, prevedono le autorizzazioni e la distribuzione di farmaci e altri presidi ai cittadini che ne fanno richiesta.

Le principali forme di assistenza distrettuale attive sul territorio giuliano riguardano:

- Servizio infermieristico domiciliare (SID)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)

- Pronto intervento domiciliare
- Centro diurno convenzionato
- Infermiere di comunità

In ognuno dei quattro Distretti afferenti all'ex ASUITS è attiva almeno una Microarea (unità territoriale dai 1.000 ai 1.500 residenti dove si sperimenta medicina proattiva: nate nel 2005 all'interno di un progetto, promosso dall'Azienda territoriale assieme al Comune e all'ATER di Trieste, che si sviluppa sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e di alcuni programmi europei. Il progetto coinvolge altri enti pubblici e privati per intervenire nei settori determinanti per la salute: sanità, educazione, habitat, lavoro e la democrazia locale

L'assistenza agli anziani nel territorio giuliano viene offerta attraverso l'accoglimento dell'anziano presso le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Come servizio alla persona anziana è disponibile, inoltre, una variegata offerta di Residenze socioassistenziali (case di riposo), classificate in:

- Casa albergo (struttura dedicata a persone autosufficienti)
- Residenza polifunzionale (anziani con problemi di non autosufficienza che non necessitano di cure medico-infermieristiche continuative, eventualmente fornite dalle strutture distrettuali)
- Residenza polifunzionale di fascia A (persone non autosufficienti che necessitano di prestazioni di assistenza infermieristica)
- Residenza protetta (persone con elevati livelli di non autosufficienza e con necessità di assistenza sanitaria continuativa)

Nell'anno 2021 l'azienda ha operato mediante 96 presidi a gestione diretta e 90 strutture convenzionate.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 2, per complessivi 53 posti letto residenziali e 6 posti letto semiresidenziali.

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Relativamente alla Medicina Generale, ASUGI, nel 2022, opera mediante 218 medici di medicina generale (MMG) e 31 pediatri di libera scelta (PLS).

La Salute mentale nell'area giuliana è garantita attraverso il Dipartimento per la tutela della Salute Mentale (DSM) Presso il DSM vengono organizzati gli interventi rivolti alla tutela e alla promozione della salute mentale dei cittadini e della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria. Il Dipartimento è inoltre Collaborative Center WHO.

Il DSM è organizzato in

- Centri di Salute Mentale (CSM)
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con posti letto presso il Presidio del Maggiore
- Servizio Abilitazione e Residenze (SAR)
- Clinica Psichiatrica, sede universitaria per le attività di tirocinio per gli studenti di medicina e di tirocinio professionalizzante per i medici specializzandi in psichiatria.

Nell'area isontina vi sono due CSM (Alto Isontino e Basso Isontino).

Il Dipartimento delle Dipendenze (DDD) si rivolge alle persone che vivono un problema legato al consumo o alla dipendenza da sostanze legali, illegali, da gioco d'azzardo e da tecnologie (come internet, videogiochi, social network).

La Prevenzione primaria e salute pubblica è garantita dal Dipartimento di Prevenzione (DIP) che ha la finalità di garantire la prevenzione e la tutela della salute pubblica e l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. In particolare il Dipartimento di Prevenzione garantisce le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica quali: profilassi delle malattie infettive e parassitarie; tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale; tutela igienico-sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; tutela della salute nelle attività sportive. Contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

L'Area Welfare di Comunità svolge funzioni di supporto dell'Amministrazione regionale nelle attività di programmazione, progettazione e gestione degli interventi relativi al governo del sistema sanitario e sociale, nonché alle politiche per la famiglia e per i giovani, ai sensi della L.R. n. 17/2014 e della L.R. n. 14/2012, art. 9, comma 53.

Il supporto tecnico garantito alle Direzioni regionali dell'Area Welfare riguarda in particolare le seguenti attività:

- pianificazione, monitoraggio e valutazione degli interventi relativi al governo del sistema sociosanitario e sociale nonché alle politiche per la famiglia e per i giovani;

- produzione e integrazione di dati, informazioni e conoscenze nelle aree di competenza attraverso introduzione , messa a regime e gestione dei sistemi informativi di settore
- gestione tecnico operativa di procedure amministrative in delega amministrativa totale o parziale
- realizzazione di progettualità sperimentali.

## 5.4 Il personale

Il dato di forza del personale dipendente al 31.12.2021 si attesta su 6368 unità, ricondotte nell'ambito dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo come di seguito indicato distintamente per l'Area Giuliana e per l'Area Isontina:

### Personale presente al 31/12/2021 A.S.U.G.I.:

	Area Isontina al 31/12/2021	Area Giuliana al 31/12/2021	TOTALE ASUGI al 31/12/2021
<b>PERSONALE RUOLO SANITARIO</b>			
<b>TOTALE DIRIGENZA MEDICA</b>	<b>287</b>	<b>650</b>	<b>937</b>
<b>DIRIGENZA SANITARIA</b>			
Dir.Biologo	1	14	15
Dir.Chimico	1		1
Dir.Farmacista	7	13	20
Dir.Fisico		7	7
Dir.Professioni Sanitarie	2	10	12
Dir.Psicologo	28	45	73
<b>TOTALE DIRIGENZA SANITARIA</b>	<b>39</b>	<b>89</b>	<b>128</b>
<b>COMPARTO SANITARIO</b>			
<b>PROFESSIONI INFERMIERISTICHE</b>			
Coll.Prof.Sanit.Senior - Infermiere	9	31	41
Coll.Prof.Sanit.- Infermiere	782	1671	2460
Coll.Prof.Sanit.- Infermiere Pediatrico	3		3
Coll.Prof.Sanit.- Capo Sala	1		1
Coll.Prof.Sanit.- Ostetrica	37	19	56
<b>PROFESSIONI TECNICO SANITARIE</b>			
Coll.Prof.Sanit.Senior - Tecnico Radiologia Medica	2		2
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico Radiologia Medica	34	110	144
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico Laboratorio Medico	28	153	181
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico Angiocardiocir. Perfusione Fisiopatologia Cardiovascolare		10	11
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico Neurofisiopatologia	3	22	25
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico Igienista Dentale		1	1
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico Anatomia Patologica	1		1
Coll.Prof.Sanit.Senior - Dietista	10	10	20
Coll.Prof.Sanit.- Dietista	2	2	4
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico Audiometrista		2	2
Coll.Prof.Sanit.- Odontotecnico			

<b>PROFESSIONI RIABILITATIVE</b>			
Coll.Prof.Sanit.Senior - Terapista Riabilitazione		2	2
Coll.Prof.Sanit.- Terapista Riabilitazione	46	115	161
Coll.Prof.Sanit.- Educatore Professionale	9	2	11
Coll.Prof.Sanit.- Logopedista	10	26	36
Coll.Prof.Sanit.- Massaggiatore Non Vedente	4	1	5
Coll.Prof.Sanit.- Ortottista	3	4	7
Coll.Prof.Sanit.- Podologo		1	1
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico della Prevenzione	26	11	37
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica		18	18
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico Terapista NeuroPsicomotricita dell'Eta' Evolutiva	5	2	7
Coll.Prof.Sanit.- Terapista Occupazionale		2	2
<b>PROFESSIONI DELLE TECNICHE DELLA PREVENZIONE</b>			
Coll.Prof.Sanit.Senior - Assistente Sanitario	3	2	5
Coll.Prof.Sanit.- Assistente Sanitario	23	33	56
Coll.Prof.Sanit.Senior - Tecnico Prevenzione		3	3
Coll.Prof.Sanit.- Tecnico Prevenzione		17	17
<b>INFERMIERI GENERICI</b>			
Infermiere Generico Senior	7	14	21
Infermiere Psichiatrico Senior		3	3
Puericultrice Senior	1		1
<b>TOTALE COMPARTO SANITARIO</b>	<b>1049</b>	<b>2296</b>	<b>3345</b>
<b>TOTALE RUOLO SANITARIO</b>	<b>1049</b>	<b>2296</b>	<b>3345</b>
<b>RUOLO SOCIO SANITARIO</b>			
Collaboratore Professionale - Assistente Sociale	3		3
Collaboratore Professionale Senior - Assistente Sociale	325	659	984
Operatore Socio Sanitario	335	684	1020
<b>TOTALE RUOLO SOCIO SANITARIO</b>	<b>663</b>	<b>1343</b>	<b>2007</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>			
Dir.Architetto	2	13	15
Dir.Ingegnere	3	13	16
<b>TOTALE DIRIGENZA PROFESSIONALE</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>31</b>
<b>RUOLO TECNICO</b>			
Dir.Analista	1		1
Dir.Sociologo	1		1
<b>TOTALE DIRIGENZA TECNICA</b>	<b>2</b>		<b>2</b>
<b>COMPARTO TECNICO</b>			
Collaboratore Tecnico Professionale Senior- Programmatore		1	1
Collaboratore Tecnico Professionale Senior	5	7	12
Collaboratore Tecnico Professionale- Programmatore		4	4
Collaboratore Tecnico Professionale	5	31	37
Programmatore	1	2	3
Operatore Professionale - Assistente Tecnico	5	25	30
Operatore Tecnico Specializzato Senior - Autista	2	13	15
Operatore Tecnico Specializzato Senior		3	3
Operatore Tecnico Specializzato - Autista	7	37	44
Operatore Tecnico Specializzato	7	21	28
Operatore Tecnico - Addetto Assistenza	5	8	13
Operatore Tecnico	30	60	91
Ausiliario Specializzato Addetto Assistenza Servizi Economici	26	91	118
<b>TOTALE COMPARTO TECNICO</b>	<b>93</b>	<b>305</b>	<b>399</b>
<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>	<b>95</b>	<b>306</b>	<b>401</b>

<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>			
Dir. Amministrativo	5	16	21
<b>TOTALE DIRIGENZA AMMINISTRATIVA</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>21</b>
<b>COMPARTO AMMINISTRATIVO</b>			
Assistente Amministrativo	58	144	202
Coadiutore Amministrativo	23	41	64
Coadiutore Amministrativo Senior	9	30	39
Collaboratore Amministrativo	40	74	114
Collaboratore Amministrativo Professionale Senior	3	21	24
Commesso	7		7
<b>TOTALE COMPARTO AMMINISTRATIVO</b>	<b>140</b>	<b>310</b>	<b>450</b>
<b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>145</b>	<b>326</b>	<b>471</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1953</b>	<b>4365</b>	<b>6318</b>

## **6. ESITI DEL MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI NEL PTPCT 2021-2023**

Il PTPCT 2021-2023 è stato oggetto di monitoraggio periodici da parte dell'Ufficio di Supporto al RPCT al fine di accertare l'esecuzione degli adempimenti secondo le modalità e i tempi previsti e con lo scopo di individuare eventuali modifiche o miglioramenti da apportare nei Piani futuri.

Il monitoraggio si è svolto anche in collaborazione con i Responsabili e i Referenti delle strutture coinvolte.

Il risultato del monitoraggio, al 31.12.2021 è riassunto nel report allegato al presente Piano (Allegato 2).



## 7. OBIETTIVI STRATEGICI E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI ATTIVITÀ AZIENDALE

In ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 1, comma 8, della L. 190/2012, per il triennio 2022-2024 la Direzione Strategica, su proposta del RPCT, ha individuato i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (di cui agli approfondimenti successivi):

<b>OBIETTIVO STRATEGICO 1</b>	
Area Prevenzione della corruzione e trasparenza – Processo di Gestione del Rischio	Formalizzazione della nuova metodologia relativa alla mappatura dei processi e alla gestione dei rischi in ASUGI e sperimentazione della stessa in una o più Strutture Complesse aziendali, entro la data di approvazione del PTPCT 2022-2024.
<b>OBIETTIVO STRATEGICO 2</b>	
Area Prevenzione della corruzione e trasparenza – Processo di Gestione del Rischio	Introduzione della nuova metodologia per l'analisi e la valutazione del rischio e conclusione, nell'arco del triennio, della valutazione dei rischi delle strutture tecnico amministrative / socio sanitarie.  Valutazione, nel 2022, di almeno quattro Strutture Complesse (ulteriori rispetto a quelle coinvolte nella fase di sperimentazione)
<b>OBIETTIVO STRATEGICO 3</b>	
Area Qualità e Risk Management	Introduzione e implementazione della gestione documentale del Sistema di Gestione Integrato Qualità Ambiente e Sicurezza

Tutti gli obiettivi strategici del PTPCT saranno calati anche nel Piano di Attività aziendale e nell'assegnazione degli obiettivi aziendali.

## 8. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

In relazione a quanto previsto dal PNA 2019, nel PTPCT 2021-2023 era stato inserito il seguente obiettivo:

Nel corso del 2021, nelle more della definizione della nuova organizzazione aziendale a seguito dell'adozione dell'Atto aziendale, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con l'Ufficio di supporto, predisporrà il nuovo modello di misurazione del livello di esposizione del rischio di tipo qualitativo, partendo dalla individuazione degli indicatori di rischio,

per procedere poi alla misurazione degli stessi e alla successiva valutazione complessiva del rischio.

Nel 2021 il RPCT con l'Ufficio di Supporto ha elaborato la nuova metodologia relativa al processo di gestione del rischio, esplicitata nel documento "La mappatura dei processi e la gestione dei rischi corruttivi" allegata al Piano (Allegato 1), cui si rimanda integralmente.

La nuova metodologia è stata trasmessa alla Direzione Strategica aziendale e al fine di valutarne la coerenza e la compatibilità con la tipologia di processi / procedimenti oggetto dell'analisi si è definito di applicarla, in via sperimentale, nei primi mesi del 2022, a una o più Strutture Complesse aziendali, al fine di apportare eventuali miglioramenti.

La sperimentazione della metodologia ha riguardato, alla data di stesura del Piano, la Struttura Complessa Ricerca e Innovazione (allegato 1a). Al fine di illustrare i contenuti e i criteri della metodologia e di condividere le modalità di applicazione della stessa, si è tenuto un primo incontro tra il RPCT, l'Ufficio di supporto e il gruppo di lavoro della SC costituito dal Direttore e da alcuni collaboratori dallo stesso individuati. Successivamente la Struttura ha poi proseguito il lavoro autonomamente condividendo l'esito finale con il RPCT. La valutazione ha dato esito positivo, risultando agevole nell'utilizzo e fornendo una misurazione del livello del rischio compatibile con la valutazione qualitativa espressa dal Direttore della struttura e dal gruppo di lavoro.

A conclusione della sperimentazione si provvede ad apportare i miglioramenti o le modifiche che dovessero risultare opportune, per poi procedere all'introduzione della stessa e all'applicazione nella valutazione di almeno quattro strutture complesse aziendali entro il 31.12.2022.

Allo stato attuale l'Azienda conserva le mappature e le valutazioni dei rischi effettuate dalle precedenti aziende (cfr. Allegato 1b) e quelle stesse analisi costituiranno oggetto di riesame e di rivalutazione dei rischi mediante applicazione della nuova metodologia.

Nel 2021 inoltre, nell'ambito nel Progetto complessivo aziendale (approvato con Decreto del Direttore Generale n. 649 del 30.7.2021), a tutte le strutture tecnico amministrative ASUGI, è stato assegnato il seguente obiettivo:

<b>Obiettivo generale</b>	<b>Azione</b>	<b>Personale coinvolto</b>	<b>Indicatore/ risultato atteso/ tempo</b>
Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e <i>process owner</i> sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarico di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021

Le mappature dei processi, trasmesse alla Direzione, nel triennio 2022-2024, diventeranno parte integrante dell'analisi dei rischi da effettuare, successivamente all'adozione del nuovo atto aziendale.

Nel corso del triennio 2022-2024, s'intende quindi introdurre la nuova metodologia di valutazione dei rischi nell'ambito delle strutture tecnico amministrative e socio sanitarie aziendali, con le scadenze di seguito indicate:

<b>Obiettivo 1</b> - Sperimentazione della nuova Metodologia relativa alla mappatura dei processi e alla gestione dei rischi in ASUGI proposta dal RPCT in due Strutture Complesse aziendali e conseguente adozione della stessa				
<b>Stato di attuazione al 30 aprile 2022</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Tempi di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>
ATTUATO (Sperimentazione completata presso la SC Ricerca e Innovazione )	Fase 1: Sperimentazione della metodologia in una o più Strutture Complesse aziendali	Entro il 30.4.2022	Completamento della valutazione dei rischi nelle due strutture e valutazione della eventuale necessità di modifiche alla metodologia introdotta	RPCT e Direttori delle SSCC coinvolte
ATTUATO	Fase 2: introduzione di eventuali modifiche / miglioramenti alla metodologia di valutazione dei rischi e approvazione definitiva della stessa	Entro il 30.4.2022	Approvazione definitiva della metodologia di valutazione dei rischi	RPCT
<b>Obiettivo 2</b> - Introduzione della nuova metodologia per l'analisi e la valutazione del rischio e conclusione, nell'arco del triennio, della valutazione dei rischi delle strutture tecnico amministrative / socio sanitarie. Valutazione, nel 2022, di almeno quattro Strutture Complesse (ulteriori rispetto a quelle coinvolte nella fase di sperimentazione)				
<b>Stato di attuazione al 30 aprile 2022</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>
DA ATTUARE	Fase 1: Mappatura	Mappatura dei	Predisposizione di	RPCT e Direttori

	dei processi / procedimenti in almeno 4 strutture complesse aziendali entro il 31.12.2022	processi / procedimenti completa per tutte le strutture; valutazione di rischi e individuazione delle misure di mitigazione del rischio completa in tutte le strutture	una prima parte del Registro dei rischi aziendale	delle SSCC coinvolte
	FASI SUCCESSIVE: completamento della mappatura dei processi e della valutazione dei rischi di tutte le strutture tecnico amministrative e socio sanitarie nel triennio 2022-2024	Triennio 2022- 2024 con tempistiche da definire nei prossimi PTPCT	Completamento del Registro dei rischi	RPCT e Direttori delle SSCC aziendali

## 9. INTRODUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA GESTIONE DOCUMENTALE DEL SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO QUALITÀ AMBIENTE E SICUREZZA

Negli ultimi anni lo sviluppo di un sistema di gestione per la qualità ha costituito una priorità delle Aziende Sanitarie pubbliche.

La garanzia della tutela della salute, l'assistenza, la prevenzione, la didattica, la ricerca, *mission* dell'ASUGI, si concretizzano in un complesso di funzioni e attività svolte dalle strutture aziendali. La risposta ai bisogni della collettività si sviluppa non solo sul piano sanitario, ma necessita di un'integrazione organizzativa, relazionale, professionale, per poter essere efficace, appropriata e puntuale. L'integrazione tra i diversi "piani" di attività svolte in Azienda è parte fondamentale del processo e, per questo motivo, un sistema di "gestione" per la qualità è necessario al fine di organizzare e presidiare i vari macroprocessi aziendali.

La "prevenzione della corruzione", come ribadito dall'ANAC in diverse occasioni, si esplica anche in un "innalzamento della qualità dell'azione amministrativa" e nel "contrasto di fenomeni di inefficiente e cattiva amministrazione" (cfr. PNA 2019).

Va ricordato che, per quanto riguarda le precedenti Aziende: ex AAS2, nel 2015, aveva previsto l'implementazione del Sistema di gestione Integrato Qualità, Ambiente e Sicurezza secondo le norme OHSAS 18001 (oggi 15004:2016) e ISO 14001:2004 (oggi 14001:2015) e ex ASUITS era accreditata all'eccellenza con il programma Qmentum International di Accreditation Canada.

Nel 2021, con decreto del Direttore Generale n. 527, l'ASUGI ha avviato il processo di Accreditamento all'eccellenza dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina con il programma Qmentum international di Accreditation Canada.

Nell'ambito del percorso per l'accreditamento, si ravvisa la necessità di implementare un sistema di Gestione Integrato – Qualità Ambiente e Sicurezza, al fine di:

- evitare le duplicazioni o la sovrapposizione delle procedure tra due o più sistemi;
- prevenire o eliminare possibili conflitti tra normative di per sé indipendenti;
- creare sinergie tra alcune importanti fasi gestionali, come la formazione, la revisione contabile e la documentazione (che interessano trasversalmente l'azienda);
- inglobare le attività già esistenti che rispondono a diversi scopi e che possono essere utilizzate e distribuite nel processo d'integrazione;
- unificare gli obiettivi di miglioramento e definire dei criteri decisionali e dei programmi di attuazione;
- coinvolgere il personale a tutti i livelli, in modo da razionalizzare ogni ruolo d'impiego e maturare responsabilità e senso etico del lavoro;
- semplificare i rapporti tra i diversi livelli dell'organigramma aziendale, definendo in maniera chiara ruoli, responsabilità e impatto che ogni attività può avere sul raggiungimento degli obiettivi fissati;
- individuare nuovi approcci strategici grazie all'analisi dei processi globali, in ottica di miglioramento della qualità dei servizi;
- elevare la Qualità dell'azienda sia nei confronti dell'utenza che di altri stakeholder, aumentandone la soddisfazione;
- elaborare un'unica valutazione dei rischi applicabili;
- migliorare le competenze e la consapevolezza di tutte le risorse;
- sviluppare un unico sistema di monitoraggio e piano di audit che riporta tutti i requisiti applicabili.

Il Sistema di Gestione Integrato deve comprendere:

- la gestione documentale mediante la norma ISO 9001:2015;
- la qualità e il rischio clinico mediante la norma ISO 9001: 2015 solo per la gestione documentale trasversale;
- i requisiti documentali trasversali di accreditamento istituzionale;
- I requisiti documentali trasversali dell'Accreditation Canada;
- Il sistema di gestione della sicurezza previsto dalla norma ISO 45001:2018;
- Il sistema di gestione ambientale previsto dalla norma ISO 14001:2015;
- Il sistema di gestione antincendio previsto dal D.M. 19/03/2015.

Allo stato, con DCR N. 193 del 22.3.2022 il Direttore Generale ha avviato l'implementazione del Sistema di Gestione Integrato Qualità Ambiente e Sicurezza e ha nominato il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione quale Responsabile del Sistema; quindi il Responsabile ha nominato i componenti del Gruppo di lavoro convocandoli per un primo incontro in data 29/3/2022.

Pertanto, si prevede il seguente sviluppo dell'obiettivo strategico in analisi:

<b>Obiettivo 3</b> - Implementazione della gestione documentale del Sistema di Gestione Integrato Qualità Ambiente e Sicurezza (SGI QuAS)				
<b>Stato di attuazione al 30 aprile 2022</b>	<b>Fasi e tempi di attuazione</b>	<b>Indicatori di attuazione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>
IN ATTUAZIONE	Fase 1: definizione della politica entro il 31.5.2022	Predisposizione del documento di politica del SGI e procedura della gestione delle informazioni documentate	Decreto di approvazione del documento	Responsabile del Sistema
DA ATTUARE	Fase 2: predisposizione procedure del sistema SGI QuAS entro il 30.9.2022	Predisposizione delle seguenti procedure di sistema: gestione degli audit integrati gestione delle non conformità gestione del riesame	Approvazione del documento da parte della Direzione Strategica	Responsabile del Sistema
DA ATTUARE	Fase 3: Pianificazione triennale dello sviluppo del SGI entro il 31.12.2022	Predisposizione Gant pianificazione triennale dell'attivazione del SGI	Approvazione del documento da parte della Direzione Strategica	Responsabile del Sistema

## 10. LE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Si definiscono misure “generalì” di prevenzione della corruzione quelle misure (individuate dal PNA) che si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in modo trasversale sull’intera amministrazione.

### 10.1 CODICE DI COMPORTAMENTO – DIFFUSIONE DI BUONE PRATICHE E VALORI

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla l. 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che, più di altri, si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell’interesse pubblico, in connessione con il PTPCT.

L’adozione del codice di comportamento rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione a livello decentrato perseguita attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti all’amministrazione che lo adotta. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione.

Tutte le amministrazioni sono tenute a dotarsi, ai sensi dell’art. 54, co. 5, del d.lgs. 165/2001, di propri codici di comportamento, definiti con «procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell’OIV». Detti codici rivisitano, in rapporto alla condizione dell’amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale al fine di integrarli e specificarli, anche tenendo conto degli indirizzi e delle Linee guida dell’ANAC.

Nell’anno 2020 le strutture amministrative di ASUGI hanno predisposto una bozza di Codice di comportamento che è stata trasmessa alla Direzione Strategica in data 22.12.2020.

Nel PTPCT 2021-2023 era stato previsto il seguente adempimento:

La bozza del Codice sarà trasmessa, quindi, all’OIV per il parere obbligatorio e, nel corso del 2021 si prevede l’attivazione di tutte le procedure previste per l’adozione dello stesso.

A seguito dell’adozione del nuovo Codice di comportamento, i Direttori e i Responsabili di ogni articolazione organizzativa aziendale dovranno diffondere i contenuti dello stesso all’interno della struttura di competenza e vigilare sul rispetto delle previsioni ivi contenute.

A causa dell’emergenza sanitaria, che ha inevitabilmente condizionato in maniera importante, anche nel corso dell’anno 2021, le attività aziendali, le strutture tecnico amministrative hanno dovuto concentrare parte importante dell’attività nella gestione delle attività a contrasto dell’emergenza. Per questo motivo le procedure di consultazione sul codice di comportamento previste per il 2021 sono da riprogrammare per l’anno 2022, come di seguito precisato:

Misura generale: Codice di comportamento				
Stato di attuazione al 30.4.2022	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Risultato atteso	Soggetto responsabile
DA ATTUARE	Fase 1: attivazione delle relazioni con le organizzazioni sindacali e consultazione degli stakeholders aziendali entro settembre 2022	Attivazione delle relazioni sindacali e pubblicazione sul sito aziendale	Acquisizione dei contributi e introduzione di eventuali modifiche / miglioramenti al Codice di comportamento	Direttore SC Gestione del Personale - RPCT
DA ATTUARE	Fase 2: Parere obbligatorio dell'OIV entro ottobre 2022	Trasmissione della bozza definitiva all'OIV	Acquisizione del parere obbligatorio dell'OIV	Direttore SC Gestione del Personale - RPCT
DA ATTUARE	Fase 3: Adozione del Codice entro il 31.12.2022	Predisposizione del DCR di approvazione entro il 15.12.2022	Adozione del nuovo Codice di comportamento ASUGI	RPCT per la predisposizione del provvedimento

Va evidenziato che, nelle more dell'adozione del nuovo Codice, rimangono in vigore, per le aree di competenza, i codici adottati dalle precedenti Aziende e, in particolare:

- AAS2 ha adottato il Codice di comportamento aziendale con Decreto del Direttore Generale n. 62 del 26.2.2015

- ASUITS ha adottato il proprio Codice di comportamento con Decreto del n. 50 del 31.12.2017.

Nel corso del biennio 2023-2024 sarà necessario divulgare i contenuti del codice anche mediante iniziative formative specifiche da programmare nel Piano Formativo Aziendale.

Quanto al MONITORAGGIO e alle verifiche circa il rispetto del codice di comportamento, si prevede che entro la fine di ogni anno (30 novembre o diversa data stabilita dal RPCT in base ad eventuale proroga del termine per la trasmissione della relazione annuale ad ANAC), l'Ufficio per i procedimenti disciplinari trasmetta al Responsabile della prevenzione un report riportante i seguenti dati:

a) numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore;



b) numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni;

c) numero di richieste di pareri suddivisi in base all'oggetto.

Nei medesimi termini l'Ufficio per i procedimenti disciplinari, inoltre, formula eventuali proposte di adeguamento del Codice aziendale e/o del Piano e formula proposte in merito alle iniziative formative ritenute maggiormente utili in relazione alle eventuali criticità riscontrate.

Le stesse informazioni, circa l'eventuale riscontro di comportamenti non conformi con le regole dettate dal Codice di comportamento, e in merito alle proposte di miglioramento del Codice e di iniziative formative vengono richieste anche ai Responsabili di tutte le strutture aziendali nella relazione di fine anno delle strutture.

## 10.2 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

Tutti i PNA hanno sempre posto l'accento sull'importanza che riveste la rotazione ("ordinaria") dei dirigenti e dei dipendenti come strumento fondamentale per contrastare la corruzione. L'alternanza, infatti, ridurrebbe il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

Tuttavia, la rotazione dei dirigenti e del personale presenta profili non indifferenti di delicatezza e complessità, dal momento che risulta difficilmente coniugabile con l'altrettanto importante principio di continuità e di buon andamento dell'azione amministrativa, che implica la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività. Inoltre costituisce ostacolo alla rotazione anche la dimensione degli uffici e il numero dei dipendenti operanti. Nella delibera n. 13 del 4/2/2015 l'ANAC, ha dato indicazioni, in via generale, circa alcuni criteri che dovrebbero essere osservati per l'applicazione del criterio di rotazione:

1. la rotazione è rimessa alla autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
2. la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico;
3. la rotazione incontra dei limiti soggettivi, con particolare riguardo ai diritti anche contrattuali individuali dei dipendenti sottoposti alla misura della rotazione e ai diritti sindacali. Le misure di rotazione devono contemperare quindi le esigenze di tutela

oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità ) con tali diritti;

4. i criteri di rotazione devono essere previsti nei PTPC e nei successivi atti attuativi e i provvedimenti di trasferimento devono essere adeguatamente motivati;
5. sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali. Tale informazione consente alle organizzazioni sindacali di presentare proprie osservazioni e proposte, ma non apre alcuna fase di negoziazione in materia.

Nel PNA 2016, Approfondimento sezione "Sanità", cui anche il PNA 2019 rinvia, inoltre l'ANAC stessa ha sottolineato che

*"In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.*

*Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.*

*Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.*

*Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. [...]"*

Sempre nel PNA 2016 l'ANAC ha indicato che, ove non sia possibile utilizzare la rotazione, le amministrazioni siano tenute ad operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggior condivisione delle attività fra operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

Sul tema è intervenuta nuovamente l'ANAC anche con il PNA 2019, Allegato 2 ("La rotazione "ordinaria" del personale"), dando indicazioni ulteriori circa le misure alternative da applicare in caso di impossibilità di rotazione. Tra le **misure alternative** che si prevede di applicare in Azienda si elencano di seguito:

→ il rafforzamento delle misure di trasparenza in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;

→ la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggiore partecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;

→ nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate il rafforzamento di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali. (Ad esempio il funzionario istruttore può

essere affiancato da un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria);

→ una articolazione dei compiti e delle competenze che consenta di evitare che l'attribuzione di più mansioni e più responsabilità in capo al medesimo soggetto finisca per esporre l'amministrazione a rischi di errori o comportamenti scorretti; nelle aree a rischio, affidamento, ove possibile, delle varie fasi procedurali a soggetti diversi, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale;

→ eventuale programmazione all'interno dello stesso ufficio di una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità, ove il numero dei dipendenti presenti lo consenta.

Nei casi in cui si ritenesse necessario programmare la rotazione, si delineano i seguenti criteri in coerenza con quanto previsto dall'ANAC:

- il dirigente competente, ove necessario, valuta con il supporto del RPCT le modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi a maggiore rischio di corruzione, delineando: a) quali uffici sottoporre a rotazione, b) la periodicità con cui procedere a rotazione, c) le caratteristiche della rotazione (se funzionale o territoriale);
- sui criteri stabiliti per la rotazione si provvede a dare adeguata informazione alle organizzazioni sindacali al fine di consentire a queste ultime di presentare proprie osservazioni e proposte (tale informazione non comporta l'apertura di una fase di negoziazione in materia) ;
- la rotazione deve essere attuata compatibilmente con la disponibilità di posti nell'organico dell'Azienda, ed in considerazione della competenza professionale del personale, e non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.

Inoltre, va ricordato, che la valutazione in merito alla eventuale rotazione dei dirigenti e del personale del comparto titolare di incarico gestionale, viene effettuata alla scadenza dell'incarico.

Va evidenziato, infine, che essendo l'ASUGI Azienda di nuova costituzione, in cui sono confluite due aziende sanitarie e che vedrà l'approvazione di un nuovo Atto Aziendale con conseguente revisione dell'assetto organizzativo e istituzionale, la rotazione del personale dirigente e del personale del comparto potrà realizzarsi anche a seguito dell'affidamento dei nuovi incarichi di direzione e responsabilità delle strutture e nella costituzione degli uffici e delle articolazioni aziendali.

### 10.3 LA ROTAZIONE “STRAORDINARIA”

L’art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 (lettera aggiunta dall’art. 1, co. 24, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”), dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali *“provvedono al monitoraggio delle attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell’ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttivi”*.

Dalla disposizione si desume l’obbligo per le amministrazioni di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere cautelare, tesa a garantire che nell’area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l’immagine di imparzialità dell’amministrazione.

L’ANAC si è più volte soffermata sull’istituto della così detta “rotazione straordinaria”, dapprima con il PNA 2016, quindi con il PNA 2017 e con il PNA 2018, per giungere infine ad adottare con delibera n. 215 del 26 marzo 2019 le “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l-quater, del dl.gs. n. 165 del 2001”, cui si rinvia anche nel PNA 2019.

Fermo restando che la rotazione straordinaria è disposta direttamente dalla legge, l’ANAC nella su citata delibera ha esplicitato la necessità che nei Piani triennali per la prevenzione della corruzione (PTPC) delle Amministrazioni o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare (vedi PNA 2019) si prevedano adeguate indicazioni operative e procedurali che possano consentirne la migliore applicazione. L’ANAC vigila sulla introduzione di tali indicazioni e sull’attuazione della rotazione straordinaria.

Come previsto nei precedenti PTPCT, l’Azienda ha predisposto una procedura sull’applicazione dell’istituto della rotazione straordinaria, nella quale si è tenuto conto anche di quanto stabilito dall’ANAC nelle delibere 345 del 22.4.2020 *“Individuazione dell’organo competente all’adozione del provvedimento motivato di rotazione straordinaria, ai sensi dell’art. 16, co. 1, dell. 1-quater) del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, nelle amministrazioni”* e n. 538 del 17.6.2020 *“Applicabilità dell’istituto della rotazione straordinaria (art. 16, co. 1, lett. l-quater, d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165) ai medici specialisti ambulatoriali con rapporto di lavoro con le Aziende Sanitarie di riferimento di natura convenzionale regolato dal CCNL”*.

La procedura sull’applicazione dell’istituto della rotazione straordinaria è contenuta nell’Allegato 3 del presente Piano.
--

## CONFLITTO DI INTERESSE

Una situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Come evidenziato da ultimo anche dal PNA 2019, nel caso del conflitto di interessi è importante fare riferimento ad un'accezione ampia dello stesso attribuendo rilievo a qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

Pertanto vanno considerate sia le situazioni di conflitto di interessi reale e concreto (di cui all'art. 7 e all'art. 14 del d.P.R. n. 62 del 2013), sia quelle di potenziale conflitto che, seppure non tipizzate, potrebbero essere idonee a interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico.

Il conflitto di interessi è stato riordinato dalla l. 190/2012, con riguardo sia al personale interno dell'amministrazione sia a soggetti esterni destinatari di incarichi, mediante norme che attengono a diversi profili quali: l'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi; le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni disciplinate dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39; l'adozione dei codici di comportamento; il divieto di pantouflage; l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali; l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001.

### 10.4 OBBLIGO DI COMUNICAZIONE E DI ASTENSIONE DEL DIPENDENTE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI

La disciplina dell'obbligo di astensione nel caso di conflitto di interessi è stata introdotta dalla L. n. 190/2012, che, inserendo l'art. 6 *bis* nella L. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", ha stabilito che il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

I dipendenti dell'Azienda sono, pertanto, tenuti a prestare massima attenzione alle suindicate situazioni di potenziale conflitto di interesse che la legge ha valorizzato con

l'inserimento di una nuova e specifica disposizione, nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo.

A tal fine sono state introdotte specifiche disposizioni anche nel Codice di comportamento ASUGI, che sarà adottato nel corso dell'anno.

Il conflitto di interessi è disciplinato anche dal DPR 62/2013, codice di comportamento dei dipendenti, che prevede:

- all'art. 6 l'obbligo per il dipendente di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti e l'obbligo per il dipendente di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado;
- all'art. 7 una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le "gravi ragioni di convenienza" che comportano l'obbligo di astensione;
- all'art. 14 l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si "astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio".

Il dipendente è quindi tenuto a rilasciare le dichiarazioni in materia di conflitto di interessi: 1. al momento dell'assunzione; 2. nel caso di trasferimento interno con assegnazione ad una struttura diversa; 3. ogni qual volta subentri una condizione tale da poter configurare un conflitto di interessi.

Per il settore degli acquisti fondamentale risulta anche la norma di cui all'art. 42 del codice dei contratti pubblici, d.lgs. 50/2016 la quale, nel prevedere l'obbligo per le stazioni appaltanti di adottare misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici, stabilisce, al comma 2, che *"Si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, 62."*

Lo stesso art. 42 prevede, quindi che *“ Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 2 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione nei casi di cui al primo periodo costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico”, .”* Le disposizioni dei commi 1, 2 e 3 valgono anche per la fase di esecuzione dei contratti pubblici”; *“La stazione appaltante vigila affinché gli adempimenti di cui ai commi 3 e 4 siano rispettati”*.

Nel PTPCT 2021-2023 si era previsto l’obbligo di acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento della nomina a RUP; per l’anno 2021 tutte le strutture coinvolte nel settore acquisti hanno confermato al RPCT di aver acquisito tali dichiarazioni (vedi Allegato 2 Monitoraggio adempimenti PTPCT 2021-2023).

Nel Codice di comportamento (da adottare) sono state inserite precise disposizioni in merito alla procedura di acquisizione delle dichiarazioni, tra cui: l’obbligo di comunicazione, all’atto dell’assegnazione ad una Struttura, al Direttore della stessa di quanto previsto dall’art. 6 DPR 62; l’obbligo di astensione connesso ad un obbligo di segnalazione al Dirigente (e, successivamente, al RPCT in sede di monitoraggio annuale); l’assegnazione della competenza in merito alla valutazione delle segnalazioni di possibili conflitti di interesse.

Il Codice di comportamento contiene disposizioni anche in merito all’obbligo di comunicazione circa

- l’adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell’attività dell’ufficio, di cui all’art. 5 del DPR 62;

- la titolarità di partecipazioni azionarie in società accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale o comunque in società che svolgono attività che possono interferire con lo svolgimento dell’attività dell’ufficio.

Nel corso del 2022 si ritiene opportuno sensibilizzare il personale dipendente, con circolari o note della Direzione Strategica che ricordino a tutti gli obblighi di comunicazione previsti dalla normativa vigente; quindi, con l’adozione dell’atto aziendale sarà predisposta, se del caso, apposita modulistica da condividere con i Responsabili delle strutture aziendali

Inoltre, anche per quanto riguarda i consulenti e collaboratori, all’atto dell’assegnazione dell’incarico i professionisti devono rendere apposita dichiarazione in merito alla insussistenza di conflitti di interessi. Nel 2022 si provvederà a inserire nei moduli una specifica previsione in merito all’obbligo di comunicazione tempestiva di eventuali variazioni della propria situazione che possano costituire possibili conflitti di interesse.

Pertanto, la programmazione della misura generale in analisi prevede:

Misura generale: obblighi di comunicazione e di astensione in caso di conflitti di interesse				
Stato di attuazione al 30 aprile 2022	Fasi	Tempi di attuazione	Risultato atteso e Indicatori di attuazione	Soggetto responsabile
DA ATTUARE	Fase 1: collaboratori e consulenti - previsione in merito all'obbligo di comunicazione tempestiva di eventuali variazioni della propria situazione	Modifiche apportate entro il 30.5.2022	Miglioramento della modulistica e maggiore garanzia nei rapporti con i professionisti esterni	RPCT
DA ATTUARE	Fase 2: adozione del codice di comportamento e, successivamente, elaborazione di una procedura specifica per la corretta gestione delle dichiarazioni	Entro il I semestre 2023	Diffusione della procedura a tutto il personale	RPCT / Direttore SC Gestione del Personale
DA ATTUARE	Fase 3: Sensibilizzazione del personale con nota della Direzione	Trasmissione nota / circolari entro I semestre 2023	Maggiore consapevolezza del personale dipendente	RPCT / Direttore SC Gestione del Personale
DA ATTUARE	Fase 4: valutazione della possibilità di uniformare la modulistica relativa alle dichiarazioni di conflitti di interesse	Entro il I semestre 2023	Diffusione della modulistica in tutte le Strutture	RPCT / Direttore SC Gestione del Personale
ATTUATA	Acquisizione delle dichiarazioni da parte dei dipendenti all'atto della nomina a RUP	All'occasione	Acquisizione del 100% delle dichiarazioni	Direttori delle SSCC competenti
ATTUATA	Acquisizione delle	All'occasione	Acquisizione del	Direttori delle SC



	dichiarazioni da parte dei dipendenti che intervengono nella procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, o nella fase di esecuzione, in merito a interessi finanziari, economici o personali (art. 42 dlgs 50/2016)		100% delle dichiarazioni	competenti
IN ATTUAZIONE	Monitoraggio annuale	Entro il 31.12.2022 in occasione della Relazione annuale dei Direttori di Struttura al RPCT	Verifica dell'acquisizione delle dichiarazioni	RPCT e Direttori / Referenti delle SSCC coinvolte

## 10.5 ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

L'art. 53 del D.lgs. 165/2001 prevede la possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati sottoponendola ad un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. L'art. 53 è stato modificato anche dalla l. 190/2012 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione.

ASUGI ha predisposto un Regolamento unificato sullo svolgimento degli incarichi extraistituzionali che, a causa delle contingenze legate all'emergenza sanitaria non è stato possibile adottare nel 2021.

Pertanto, nel 2022, si procederà all'adozione del Regolamento e alla diffusione dello stesso a tutto il personale.

Nelle more dell'adozione, restano in vigore i Regolamenti adottati dalle precedenti aziende:

- ASUITS con decreto 149 del 21/2/2018;
- AAS2 con decreto 461 del 24/9/2015.

Anche nel 2022 l'osservanza delle disposizioni anche aziendali in materia di incompatibilità e di incarichi extraistituzionali costituirà oggetto di monitoraggio in sede di relazione annuale richiesta ai responsabili delle articolazioni organizzative aziendali.

Per quanto riguarda il diverso ambito degli incarichi conferiti dall'amministrazione a propri dipendenti si rinvia a quanto previsto di seguito.

## 10.6 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ PER SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI

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

- inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati 1) a soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione (art. 3), 2) in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza (artt. 5 e 8);
- incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati (artt. 10 e 14).

Per quanto riguarda, in particolare, le Aziende Sanitarie, le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità riguardano:

a) nelle ipotesi previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 del D.lgs 39/2013 gli incarichi conferiti al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al direttore dei servizi sociosanitari (atteso che l'incarico di direttore generale/ viene conferito dall'amministrazione regionale);

b) nell'ipotesi cui all'art. 3 D.lgs. 39/2013 (condanne con sentenze anche non passate in giudicato per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del c.p.) i destinatari degli incarichi dirigenziali di direzione di struttura semplice o complessa come individuati dalla delibera ANAC 1201/2019 (dirigenza tecnico-amministrativa)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La CIVIT, con delibera n. 58/2013 precisava in origine che la disciplina dettata dal citato decreto legislativo era applicabile anche agli incarichi di direzione di struttura nelle Aziende del Servizio Sanitario, con esclusione delle sole strutture semplici inserite in altre strutture e prive di qualsiasi autonomia gestionale e amministrativa.

Con orientamento n. 85/2014, l'ANAC, conformandosi alla pronuncia del Consiglio di Stato, sez. III, n. 5583 del 12 novembre 2014, ha tuttavia stabilito che : "Non sussiste l'incompatibilità di cui all'art. 14, comma 2, lett. b) d.lgs. n. 39/2013 tra l'incarico di direttore medico di struttura complessa di un'azienda sanitaria locale e la carica di consigliere comunale di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione, in quanto la suddetta disposizione si applica ai soli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario delle aziende sanitarie locali (Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 12 novembre 2014, n. 5583)".

Con successiva delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, l'ANAC, ha confermato tale ultimo orientamento, ribadendo che: "Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39".

- Per il triennio 2022-2024, in relazione agli incarichi conferiti di direttore amministrativo, di direttore sanitario e direttore dei servizi sociosanitari, vengono confermati gli adempimenti previsti anche nei precedenti PTPTC, ovvero:

Direttore Amministrativo – Direttore Sanitario – Direttore Sociosanitario	
Adempimenti e tempistiche	Soggetto responsabile
Preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità da parte del destinatario dell’incarico* (all’atto della nomina);	DG
Successiva, tempestiva, verifica, da parte del RPCT con il supporto delle strutture aziendali, mediante richiesta del certificato del casellario giudiziale e dei carichi pendenti	RPCT
Pubblicazione della dichiarazione dell’interessato sul sito web aziendale contestualmente alla pubblicazione dell’atto di conferimento dell’incarico	RPCT
Acquisizione annuale di una dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e la conseguente pubblicazione sul sito web aziendale	RPCT

\*Si evidenzia che, per quanto riguarda le verifiche in merito alle inconferibilità e incompatibilità legate a candidature a cariche politiche o all’aver rivestito cariche politiche di cui al decreto 39, permane la criticità determinata dalla assenza di una banca dati locale o nazionale da utilizzare per le verifiche delle autodichiarazioni.

- In relazione al conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa e semplice ai dirigenti tecnico-amministrativi si prevede:

---

Infine, va registrato l’ultimo intervento dell’ANAC, con la delibera n. 1201 del 18.12.2019, nella quale l’Autorità si è così espressa: *“Nelle aziende ospedaliere (quale genus di molteplici species di enti), infatti, non operano solo dirigenti medici- farmacisti- biologi- veterinari bensì una serie di professionisti necessari e funzionali al corretto svolgimento dell’attività sanitaria. Si pensi agli addetti agli uffici deputati alla gestione del personale e del trattamento economico ovvero agli Avvocati incardinati negli uffici legali oppure ai responsabili degli uffici che si occupano di curare le relazioni istituzionali o con il pubblico o, ancora, agli esperti informatici e al personale dei dipartimenti “affari generali”.*

*Tali soggetti non sono sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medicosanitaria e neppure godono dello speciale regime di autonomia operativa e gestionale. Orbene, rispetto ad essi questa Autorità ha ritenuto che valgano le ordinarie regole previste dal d.lgs. n. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all’art. 3, co. 1 lett. c), del d.lgs. n. 39/2013.”*

Dirigenti professionali, tecnici, amministrativi / Conferimento incarichi di Struttura Complessa e Semplice	
<b>Adempimenti e tempistiche</b>	<b>Soggetto responsabile</b>
Acquisizione di una dichiarazione di assenza delle cause di inconferibilità di cui all'art. 3 D.lgs. 39/2013, preventiva rispetto all'atto di nomina	Direttore SC Gestione Risorse Umane
Successiva verifica delle dichiarazioni rese, da parte del RPCT con il supporto delle strutture aziendali, mediante richiesta del certificato del casellario giudiziale e dei carichi pendenti	RPCT

### **10.7 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

La L. n. 190/2012 – in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha *ex novo* introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

Tra queste, l'art. 1, comma 46 della L. 190/2012 ha inserito l'art. 35 bis nel D. Lgs n. 165/2001, ponendo delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

In particolare l'art. 35-bis prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

– di far 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, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;

– di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Anche il codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016). La nomina in

contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Il PNA 2019 prevede che ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013, le pubbliche amministrazioni siano tenute a prevedere nei PTPCT, le verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

→ all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);

→ all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001.

Come già previsto nei PTPCT precedenti, permane tra i compiti dei dirigenti, ciascuno per la propria area di competenza, il verificare che la procedura per la rilevazione dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse ed incompatibilità di cui al citato art 35-bis sia attivata per tutte le fattispecie, eventualmente implementando, ove necessario la relativa procedura o modulistica.

Inoltre, nel 2020, in ottemperanza a quanto previsto dal PTPCT, è stato predisposto il Regolamento unificato sui criteri di nomina delle Commissioni di gara; nel 2021 a causa dell'emergenza sanitaria non è stato possibile procedere con l'adozione dello stesso.

Pertanto il Regolamento unificato sui criteri di nomina dei Commissari di gara sarà adottato nel corso del 2022.

Nelle more dell'adozione rimangono in vigore i Regolamenti adottati dalle precedenti aziende: ASUITs aveva adottato il "Regolamento recante criteri per la nomina delle Commissioni di gara" (DCR 730 del 12/9/2018) e AAS2 aveva adottato il "Regolamento aziendale per la nomina dei componenti le commissioni giudicatrici nei casi di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa" (DCR 469 del 5.9.2019).

In ogni caso permane l'obbligo di dichiarazione così come di seguito specificato:

Misura generale: Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione				
Stato di attuazione al 30.4.2022	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Risultato atteso	Soggetto Responsabile
ATTUATA	Divieto di partecipazione a commissioni per l'affidamento di lavori, servizi	Numero di dichiarazioni acquisite	100%	Direttore della Struttura competente

	e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere di gara			
ATTUATA	Divieto di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi	Numero di dichiarazioni acquisite	100%	Direttore SC Gestione Risorse Umane
ATTUATA	Divieto di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati	Numero di dichiarazioni acquisite	100%	Direttore SC Gestione Risorse Umane

### **10.8 ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (*pantouflage – revolving doors*)**

L'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter che dispone 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.

L'art. 21 del D.Lgs. n. 39/2013, ha ampliato la platea dei destinatari del divieto, disponendo che, *“ai soli fini dell'applicazione dei divieti di cui al comma 16 ter dell'art. 53 del d.lgs. n.165/2001, e successive modificazioni, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al presente decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un*

*rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico".*

Al fine di garantire l'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter del D.Lgs n. 165 del 2001, l'Azienda

-inserisce negli schemi tipo dei contratti di assunzione / incarico del personale la clausola recante il divieto di *pantouflage* (per i profili che svolgono le funzioni cui si riferisce l'art. 15 c. 16 ter);

- inserisce nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici e negli atti di convenzionamento con strutture private una clausola che preveda l'obbligo per l'operatore economico di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

Sul tema, l'ANAC è intervenuta sia in occasione dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione sia con il Piano Nazionale 2019, con precisazioni che riguardano sia l'ambito di applicazione, precisando tra l'altro che il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento, *"collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (...) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione"* e precisando che la norma si applica anche ai soggetti legati all'amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo.

Qualora emerga la violazione del divieto, il Responsabile del procedimento dispone l'esclusione dalla procedura di affidamento del partecipante/offrente, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

In sede di Relazione dei direttori di SC di fine anno al RPCT si procede alla verifica dell'attuazione degli adempimenti previsti nella presente sezione.

### **10.9 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (c.d. *whistleblower*)**

L'art. 54 bis del D.lgs. 165/2001, *"Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti"*, introdotto nel 2012 dalla L. n. 190, *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*, è stato rivisto e modificato dalla L. 30.11.2017, n. 179 *"Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro"*, entrata in vigore il 29 dicembre 2017.

In particolare, la L. 179/17 ha previsto che dipendente che *"nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità*

*nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro”, prevedendo che, detto dipendente non possa essere “sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione”.*

I principi fondamentali posti dalla disciplina sono quindi:

- tutela dell'anonimato;
- divieto di discriminazione nei confronti del *whistleblower*;
- sottrazione della denuncia al diritto di accesso ex L. 241/90.

In ASUGI nel 2020 è stato predisposto il “Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina e per la garanzia delle relative forme di tutela”; nel 2021 il Regolamento è stato aggiornato in base alle nuove Linee Guida ANAC adottate con Delibera n. 469 del 9 giugno 2021, ed è stato quindi adottato con DCR del Direttore Generale n. 1117 del 24.12.2021.

Il Regolamento è pubblicato sul sito web aziendale sia nella sezione *Amministrazione trasparente / Disposizioni generali / Atti generali / Atti amministrativi generali* che nella sezione *Altri contenuti / Prevenzione della corruzione*.

Per la trasmissione delle segnalazioni l’Azienda ha attivato un indirizzo email, accessibile esclusivamente dal RPCT aziendale, ed ha predisposto una modulistica dedicata, pubblicata sul sito web aziendale.

Nel corso del biennio 2022-2023 sarà valutata la fattibilità dell’introduzione di una piattaforma informatica per la raccolta delle segnalazioni che consenta di garantire la riservatezza del segnalante, così come previsto dalla normativa vigente.

## **10.10 LA FORMAZIONE**

L’Azienda ritiene che la formazione svolga un ruolo di primaria importanza nell’ambito della strategia per la prevenzione dell’illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e dei Codici di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

La disciplina relativa alla formazione del personale anche in materia di prevenzione della corruzione è contenuta, a partire dall’anno 2014, nel Piano annuale e ivi trova specifica previsione anche per gli aspetti di budget; la tempistica del Programma delle attività si ritrova in una delle azioni del cronoprogramma.

Ai Responsabili delle strutture aziendali, entro il 30 novembre di ogni anno (o entro diversa data stabilita dal RPCT in base ad eventuale proroga del termine per la trasmissione della relazione



annuale ad ANAC), viene richiesto di segnalare al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione il fabbisogno di formazione del personale della propria struttura in materia di anticorruzione e trasparenza.

Sulla base di tali segnalazioni, il RPCT, sentiti i Referenti, definisce annualmente i fabbisogni formativi e seleziona i dipendenti da inserire nei programmi della formazione obbligatoria.

In via generale, i percorsi di formazione possono essere di livello generale e dedicati a tutti i dipendenti dell'Azienda (come previsto ad esempio in occasione dell'adozione di nuovi Codici di comportamento, nuovi Codici disciplinari, o dell'entrata in vigore di normativa di carattere generale come avvenuto con il Regolamento europeo sulla protezione dei dati, etc), e percorsi di formazione di livello specifico rivolti ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai Responsabili di struttura, ai Referenti e a tutti i soggetti, anche privi di qualifica dirigenziale, addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione.

Nel 2020, a causa della diffusione della pandemia da SARS – CoV- 2, i corsi di formazione in presenza sono stati sospesi su tutto il territorio nazionale, riprendendo, successivamente, con modalità a distanza Nel 2021 sono proseguiti in parte in presenza e in parte a distanza pur non svolgendosi a pieno regime a causa delle restrizioni vigenti.

Va segnalato che nel 2021 l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) ha avviato le procedure per consentire a tutti gli enti del servizio sanitario regionale di fruire di una formazione a distanza su temi di interesse comune nell'ambito della trasparenza e anticorruzione.

Nel 2022, sulla scorta anche delle segnalazioni pervenute dai Responsabili, si intende programmare una formazione di livello specifico in ambiti operativi più sensibili, con modalità che saranno valutate in corso d'anno.

In generale, la partecipazione ai corsi di formazione in materia è obbligatoria per i destinatari della stessa e l'inosservanza dell'obbligo è sanzionabile come violazione degli obblighi stabiliti dal presente Piano.

### **10.11 PATTI DI INTEGRITÀ**

Per "Patto di Integrità" si intende un accordo, tra amministrazione e partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espreso impegno anti corruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

Si tratta di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità.

Nel 2022 sarà adottato il nuovo Patto d'integrità ASUGI, già predisposto dalle strutture competenti.

Nelle more rimangono in uso i patti d'integrità delle precedenti Aziende ( per ASUI TS schema del patto adottato con decreto DG n. 652 del 26/10/2016; per AAS2 schema adottato con DCR n. 258 del 26/5/2016).

Delle eventuali violazioni del patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al RPC.

## **10.12 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI**

L'art. 1 comma 28 della L. 190/2012 stabilisce l'obbligo, per le pubbliche amministrazioni, di provvedere al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali e alla tempestiva eliminazione delle anomalie. Il Dlgs 33/2013, all'art. 24 prevedeva l'obbligo di pubblicazione sul sito web aziendale, nella sezione amministrazione trasparente, dei risultati del suddetto monitoraggio periodico.

Anche su questo punto è intervenuto il Dlgs 97/2016, che ha abrogato l'art. 24 del Dlgs 33.

A gennaio 2017, l'ANAC, nella delibera n. 1310, ha precisato quanto segue:

*“L'art. 43 del d.lgs. 97/2016 ha abrogato l'intero art. 24 del d.lgs. 33/2013 che si riferiva alla pubblicazione sia dei dati aggregati sull'attività amministrativa sia dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012. Pur rilevandosi un difetto di coordinamento con la l. 190/2012, si precisa che il monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, in virtù dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012, costituisce, comunque, misura necessaria di prevenzione della corruzione.”*

Il monitoraggio concernente il rispetto dei tempi procedurali resta un obbligo in capo ai singoli responsabili di struttura, che devono conservarne la relativa documentazione e che hanno l'obbligo di segnalare al RPCT su base semestrale solo le situazioni in cui si sia verificato il mancato rispetto dei tempi e le motivazioni dello stesso.

Nel 2022 sarà cura del RPCT trasmettere una comunicazione in merito agli obblighi di monitoraggio al fine di ricordare alle strutture l'obbligo di esecuzione e di conservazione della documentazione attestante i monitoraggi svolti.

## **10.13 SEGNALAZIONE DI OPERAZIONI SOSPETTE**

Con il decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, “Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio

dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione”, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 90, il legislatore ha imposto una serie di “obblighi di adeguata verifica della clientela” (del titolare "effettivo" della società con cui si contrae); inoltre ha imposto l’obbligo anche per la P.A. di segnalare le operazioni sospette all'Unità di informazione finanziaria (di seguito UIF) istituita presso la Banca d'Italia.

La UIF con provvedimento del 4 maggio 2011 ha dettato le prime “Istruzioni sui dati e le informazioni da inserire nelle segnalazioni di operazioni sospette”, da ultimo aggiornandole con provvedimento del 23 aprile 2018 recante “Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni”.

Per l’individuazione delle "operazioni sospette" di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo si fa riferimento al Decreto del Ministero dell’Interno del 25 settembre 2015 e al citato provvedimento Banca d’Italia-UIF del 23 aprile 2018, recanti gli indicatori di anomalia nelle transazioni finanziarie.

Il suddetto decreto in particolare, emanato esplicitamente per la P.A., ribadisce all’art. 4 l’obbligo di segnalazione e reca in allegato una serie di indicatori di anomalia nelle transazioni, in presenza dei quali la P.A. è tenuta a segnalare l’operazione all’UIF.

Attualmente in ASUGI è in vigore il Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, adottato dalla ex AAS2 con decreto del Direttore Generale n. 934 del 27.12.2018, che è da ritenersi esteso alla nuova realtà aziendale.

Nel PTPCT 2021-2023 era stata prevista la valutazione circa la necessità di aggiornamento del suddetto Regolamento a seguito dell’adozione del nuovo atto aziendale.

Tale necessità viene pertanto riportata al 2022, posto che l’atto aziendale nel periodo di stesura del presente Piano non risulta ancora adottato.

## **11. MISURE ULTERIORI DI CARATTERE SPECIFICO**

Quanto alle misure di carattere specifico, si da atto, come di seguito specificato, dell’attuazione delle misure previste nel PTPCT 2021-2023 e si prevede che nel triennio 2022-2024 dovranno essere assicurate anche le seguenti attività specifiche, ulteriori rispetto alle misure generali, per i seguenti settori particolarmente esposti a rischio:

### **11.1 SETTORE DEL PERSONALE:**

- a) trasmissione di un *report* annuale al RPC degli incarichi dirigenziali affidati senza espletamento della procedura di selezione, con indicazione del soggetto a favore del quale l'incarico è stato conferito, dell'oggetto, dell'importo/compenso previsto e delle ragioni del mancato espletamento della procedura selettiva;
- b) in tema di regolamentazione del conferimento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda ha adottato, come previsto dal PTPCT 2021-2023 il Regolamento per la graduazione, l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali dell'area Sanità dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (con DCR n. 500 del 10.6.2021) – pubblicato su sito web aziendale nella sezione *Amministrazione Trasparente / Disposizioni generali / Atti generali / Atti amministrativi generali* ; per il 2022 si prevede di adottare il Regolamento per la graduazione, l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area PTA;
- c) mappatura degli incarichi affidati a dipendenti e a esterni e verifica dell'assoggettabilità agli obblighi di comunicazione / pubblicazione, da completare entro il biennio 2022-2023.

### **11.2 INCARICHI DI CONSULENZA LEGALE E DIFESA IN GIUDIZIO:**

Nel 2021 l'Azienda ha adottato:

1. il Regolamento aziendale unico sul patrocinio legale dei dipendenti e aventi diritto (DCR 1132 del 30.12.2021);
2. il Regolamento che disciplina l'affidamento di incarichi legali a professionisti esterni dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (DCR 1133 del 30.12.2021).

Entrambi i Regolamenti sono pubblicati sul sito web aziendale nella sezione *Amministrazione Trasparente / Disposizioni generali / Atti generali / Atti amministrativi generali*.

A completamento di quanto previsto dal PTPCT 2021-2023, permane la necessità della conseguente costituzione dell'albo unificato dei legali.

### **11.3 SETTORE AFFARI GENERALI LEGALI**

Si conferma anche per il triennio 2022-2024 l'obbligo per la SC Affari Generali Legali e Assicurazioni di effettuare gli opportuni controlli sull'esistenza di partecipazioni azionarie dei dipendenti aziendali nelle strutture sanitarie accreditate con il SSR, con successiva comunicazione, annuale o in base ad eventuali esigenze specifiche, al RPCT.

#### **11.4 SETTORE AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE – CONTRATTI PUBBLICI: RIVEDERE**

- a) adozione del regolamento relativo alle competenze del R.U.P. (Responsabile unico del procedimento) e del D.E.C. (Direttore dell'esecuzione del contratto) e alla fase di esecuzione dei contratti pubblici di forniture di beni e servizi.
- b) adozione del regolamento unico relativo alla costituzione e funzionamento delle Commissioni di gara (che recepirà i vincoli di cui alle successive lettere d), e) e f) )
- c) trasmissione di report annuale al RPC, entro il 15/2 di ogni anno per il periodo precedente, relativo alle eventuali segnalazioni ricevute in sede di gara da operatori economici su clausole individualizzanti che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o riferite a caratteristiche possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi, forniture;
- d) divieto di partecipare alle commissioni di gara e di valutazione delle offerte per coloro che abbiano svolto o potrebbero svolgere altre funzioni o incarichi tecnici o amministrativi relativamente al contratto del cui affidamento si tratta;
- e) divieto, per coloro che hanno ricoperto cariche di pubblico amministratore nel biennio antecedente all'indizione della procedura di aggiudicazione, di partecipare alle commissioni di gara e di valutazione delle offerte, relativamente ai contratti affidati dalle Amministrazioni presso le quali hanno esercitato le proprie funzioni d'istituto;
- f) tempestiva pubblicazione dei nominativi e dei curricula dei commissari selezionati sul profilo del committente, nella sezione "Amministrazione trasparente", in conformità a quanto previsto all'art. 29 del d.lgs. 50/2016;
- g) con riferimento al procedimento di riqualificazione del comprensorio di Cattinara e realizzazione nuovo ospedale pediatrico infantile Burlo Garofolo: trasmissione di report semestrale all'RPC inerente i subappalti e i SAL, nonché trasmissione, a seguito dell'adozione, dei provvedimenti riguardanti le varianti;
- h) rispetto della delibera ANAC n. 122/2022 in relazione alla richiesta del CIG ordinario per tutti gli affidamenti (anche sotto i 40.000 euro) finanziati con le risorse del PNRR e del PNC.

*Set di dati minimo all'interno degli atti relativi ad appalti:*

- presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione (se presente);
- oggetto e natura dell'appalto;
- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi;

- importo dell'appalto;
- termini temporali dell'appalto;
- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione, progettisti e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP

*Appalti di importo inferiore alle soglie previste dall'art. 35 del Codice dei contratti pubblici.*

La materia è disciplinata dalla normativa nazionale vigente ed è stato approvato, con decreto n. 211 dd. 5/04/2017 il "Regolamento per l'affidamento di lavori e per l'acquisizione di beni e servizi sotto soglia". All'art. 9, u.c. del Regolamento, è prevista la trasmissione di *report* semestrale al RPC degli affidamenti "sottosoglia" da parte dell'ufficio finanziario dell'Azienda con indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto e dell'importo dell'affidamento, al fine di monitorare il rispetto delle soglie previste per legge (in ordine al calcolo dell'importo dell'appalto, che deve comprendere i costi aggiuntivi connessi all'utilizzo o alla manutenzione dei beni).

A seguito della modifica introdotta con il decreto legislativo 19 aprile 2017, n. 56 che ha interessato, fra l'altro, l'art. 36 del codice (Contratti sotto soglia), l'ANAC ha aggiornato (delibera 2206 dd. 1.3.2018) e Linee guida n. 4 recanti "Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici".

L'Azienda ha predisposto la bozza del Regolamento unico per gli affidamenti "sotto soglia" (Adottato, in precedenza, da ASUITS con dcr 211 del 5.4.2017 e da AAS2 con dcr. n. 398 del 19.7.2019), di cui si prevede l'adozione nel 2022.

*Sotto-processo di adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori*

Le attività relative alla programmazione e acquisizione di beni e servizi si svolgono, ai sensi della normativa vigente, nel contesto sancito dal legislatore nazionale e regionale (d. lgs. 50/2016; L.R. 17/2014 come modificata dalla L.R. 27/2018), ed in costante relazione con CONSIP e con Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (subentrata ad EGAS), centrale di committenza per gli enti del servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia, nonché con la Centrale Unica di Committenza della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia.

L'A.R.C.S. svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi.

Le attività di acquisizione di forniture di lavori, beni e servizi sono strettamente conseguenti alla valutazione dei relativi fabbisogni e alla pianificazione degli interventi, nella

cornice delle disposizioni normative e linee guida della Regione, dei relativi finanziamenti, e della conseguente redazione dei programmi aziendali.

L'Azienda procede, quindi, alla programmazione dei fabbisogni di lavori, beni e servizi, comunicandoli periodicamente – per lo svolgimento delle relative procedure di acquisizione - all'ARCS, nonché svolgendo autonomamente le procedure per le acquisizioni in conformità al contesto sopra delineato.

#### *Nomina RASA*

È stato nominato un unico soggetto, il dott. GUIDO Antonio, preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti.

### **11.5 RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI**

L'art. 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m. e i. prevede la stipula di accordi contrattuali con le strutture private accreditate al fine dell'erogazione da parte delle stesse di prestazioni ambulatoriali e di ricovero per conto del Sistema Sanitario Nazionale.

La L.R. 16 ottobre 2014, n. 17 di riordino del Servizio Sanitario Regionale prevede che l'Azienda di riferimento debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività, specificando tipologia e quantità di prestazioni nelle diverse specialità accreditate per una puntuale allocazione delle risorse.

Con delibera di Giunta regionale, di norma ogni tre anni, viene approvato l'accordo tra la Regione e le associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia avente ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate. L'accordo stabilisce le risorse economiche che, per il tramite delle Aziende, sono annualmente destinate ai singoli erogatori privati, espressamente individuati nelle tabelle contenute nell'accordo medesimo.

Quindi l'accordo prevede che l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale, specificando tipologia e quantità di prestazioni nelle diverse specialità accreditate per una puntuale allocazione delle risorse, tenuto conto del piano regionale dei tempi di attesa.

Le strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni di ricovero, ambulatoriali e/o diagnostica, per conto del SSR a favore di assistiti della regione FVG e di altre Regioni, devono essere accreditate con decreto regionale e devono essere autorizzate all'esercizio dell'attività sanitaria con provvedimento rilasciato dall'ASUGI.

Gli accordi sottoscritti con le strutture private sono tutti pubblicati sul sito web aziendale nella sezione *Amministrazione trasparente / Strutture sanitarie private accreditate*.

L'ASUGI in ragione della valutazione periodica dei tempi di attesa, procede ad un monitoraggio infrannuale dei volumi prestazionali richiesti ed erogati per eventuali modifiche e/o integrazione degli accordi stipulati.

Le strutture private accreditate garantiscono una programmazione con un piano di prenotazione delle prestazioni minime di specialistica ambulatoriale sui 12 mesi e l'adesione alle agende CUP (centro unico di prenotazione) regionali, che non possono essere chiuse, a meno di cessazione dell'attività specifica. Le strutture si impegnano inoltre a garantire i volumi minimi e massimi di offerta a CUP sulle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale con priorità "B", "D" e "P" (breve – differita –programmata). Il CUP gestisce le agende delle prestazioni ambulatoriali con la prenotazione mensile dei volumi minimi erogativi, suddivisi proporzionalmente nell'arco dei dodici mesi, ed è facoltà dell'azienda la prenotazione degli appuntamenti in priorità con redistribuzione sulle singole mensilità.

Specifici obiettivi di monitoraggio, verifica e controllo sono affidati alle strutture aziendali competenti.

In particolare, per l'anno 2022 si prevedono i seguenti adempimenti:

- a. Stesura della procedura unificata relativa alla modalità di effettuazione di verifica e controllo delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero effettuati presso le strutture private accreditate di ASUGI – entro il 31.12.2022
- b. Analisi delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti di competenza e rispetto degli accordi Aziendali delle strutture private accreditate;

## **11.6 SETTORE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA**

a) In ASUGI è stata predisposta la bozza del nuovo Regolamento unificato per l'esercizio della libera professione intramuraria; nel 2022 si procederà con l'attivazione di tutte le procedure necessarie alla sua adozione.

Nelle more dell'adozione rimangono vigenti i due Regolamenti adottati

- In AAS2 con decreto 445 del 22.8.2019, pubblicato sul sito web aziendale
- In ASUITS con decreto 852 del 22.1.2018, pubblicato sul sito web aziendale.

b) Nell'ambito delle attività già previste anche dai precedenti PTPCT, si conferma anche per il 2022 il mantenimento del sistema di monitoraggio per la rilevazione dei volumi di attività erogati in regime istituzionale, per poterli confrontare con i volumi di attività erogati in regime libero professionale.



### **11.7 SETTORE FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONE, SPONSORIZZAZIONE, INFORMAZIONE SCIENTIFICA:**

- a) È stata predisposta la bozza del regolamento unico sulle procedure di effettuazione delle sperimentazioni cliniche su soggetti umani, incluse le sperimentazioni multicentriche, che comportano l'impiego di farmaci e dispositivi medici nell'ambito delle strutture dipendenti che si prevede di adottare nel corso del 2022;
- b) il regolamento unico in tema di partecipazione del personale aziendale ad eventi finalizzati all'aggiornamento e alla formazione con spese a carico di soggetti terzi è stato predisposto e sarà adottato nel 2022 (nelle more restano in vigore i due regolamenti di ASUITS (dcr 898 del 14.11.2018) e di AAS2 (dcr 63 del 7.2.2018);
- c) produzione periodica di un report con l'evidenza delle partecipazioni autorizzate, da parte dei soggetti autorizzatori;
- d) è stato predisposto il regolamento sulla ricerca con sponsorizzazioni da parte di privati o aziende farmaceutiche o di dispositivi medici, da adottare nel 2022;
- e) predisposizione di una sezione del sito web aziendale dedicata alla Ricerca al fine di garantire trasparenza nella gestione delle procedure;
- f) le Strutture della Farmacia hanno predisposto la modulistica uniforme per la rilevazione dell'insussistenza di situazioni di conflitto d'interesse per il personale che partecipa alle Commissioni nel settore della farmaceutica; a seguito della condivisione di alcuni miglioramenti la modulistica sarà introdotta entro il I semestre 2022.

### **11.8 SERVIZIO ISPETTIVO**

Durante l'anno 2022 sarà valutata dalla Direzione strategica la possibilità di dare impulso al Servizio Ispettivo aziendale, a seguito della nuova organizzazione conseguente alla attuazione dell'Atto Aziendale di ASUGI.

### **11.9 ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI**

A partire dal 2021, la Direzione Amministrativa – sulla scorta anche delle esperienze già maturate per le finalità di cui al precedente punto e in occasione della nuova organizzazione come delineata dall'Atto Aziendale – ha inteso promuovere la visione innovativa di un'organizzazione più funzionale in quanto articolata per processi, intesi come attività omogenee e correlate dal punto di vista dell'*output*, formalizzando anche i relativi *process owner*. Si prevede, al riguardo,

un'attività informativa/formativa a supporto dei responsabili delle articolazioni organizzative e dei collaboratori che saranno coinvolti, sia in ambito tecnico amministrativo che sanitario.

#### **11.10 PUBBLICAZIONE DI ATTI CONCERNENTI INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA**

Come previsto dall'art. 42 del D.lgs. 33/2013, le strutture aziendali di volta in volta coinvolte, in quanto unità organizzative che istruiscono i relativi atti, provvedono a trasmettere all'Ufficio di supporto del RPCT i provvedimenti contingibili e urgenti adottati e i provvedimenti di carattere straordinario, unitamente alle ulteriori informazioni soggette a obbligo di pubblicazione in base al su citato art. 42.

Nella medesima sottosezione della sezione amministrazione trasparente del sito web, sono pubblicati provvedimenti adottati per fronteggiare l'emergenza epidemiologica oltre ai dati relativi alla rendicontazione delle erogazioni liberali ricevute dall'Azienda a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da Covid 19 (vedi di seguito nella sezione dedicata alla Trasparenza)

#### **11.11 ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO**

La gestione delle strutture mortuarie ha forti implicazioni di natura sia etica sia economica - che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari – connesse alla commistione di molteplici interessi si concentrano in questo particolare ambito.

Le problematiche correlate a questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero e alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, impongono, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, un'appropriata modalità di gestione.

Vanno quindi adottate misure che devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

AAS2 si era dotata di un protocollo al fine di garantire che l'individuazione dei servizi di onoranze funebri derivi da scelta autonoma dei familiari del defunto, al di fuori della struttura ospedaliera, senza condizionamenti da parte di dipendenti aziendali o delle ditte appaltatrici del servizio mortuario aziendale.

La procedura in essere viene confermata e mantenuta per il presidio ospedaliero di Gorizia – Monfalcone dell'ex AAS2, tenuto conto che l'appalto in essere riguarda unicamente la parte isontina dell'azienda.

## **12. MONITORAGGIO E RIESAME**

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

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

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

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

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

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

Gli adempimenti previsti nel PTPCT 2022-2024 saranno declinati in specifici obiettivi annuali assegnati ai Responsabili delle Strutture aziendali nell'ambito del processo di budget.

## **13. CRONO PROGRAMMA E AZIONI CONSEGUENTI ALL'ADOZIONE DEL PIANO**

In seguito all'approvazione del presente PTPCT 2022-2024 ed in attuazione degli ulteriori adempimenti previsti dalla legge n. 190 del 2012 e s.m.i., nell'allegata tabella sono riepilogati gli adempimenti anticorruzione nel rispetto dei tempi ivi indicati (All. 4).

## B. IL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA

### 1. PREMESSA

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

L'indicazione dei singoli obblighi di trasparenza, con la precisazione dei tempi e dei soggetti responsabili è rimandata all'Allegato 5 del presente Piano.

① Va segnalata un criticità in merito agli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 14 del D.lgs. 33/2013 (concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali).

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

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

*“7. Fino alla data di entrata in vigore del regolamento di cui al terzo periodo, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Corte costituzionale 23 gennaio 2019, n. 20, ai soggetti di cui all'articolo 14, comma 1-bis, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ad esclusione dei titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'articolo 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non si applicano le misure di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo decreto legislativo n. 33 del 2013. Fermo restando quanto previsto alla lettera c) del presente comma, per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dal citato articolo 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo n. 165 del 2001, continua a trovare piena applicazione la disciplina di cui all'articolo 14 del citato decreto legislativo n. 33 del 2013. Con regolamento da adottarsi entro il 30 aprile 2021, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro della giustizia, il Ministro dell'interno, il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale e il Ministro della difesa, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, sono individuati i dati di cui al comma 1 dell'articolo 14 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, che le pubbliche amministrazioni e i soggetti di cui all'articolo 2-bis, comma 2, del medesimo decreto legislativo devono pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, comunque denominati, nonché ai dirigenti sanitari di cui all'articolo 41, comma 2, dello stesso decreto legislativo, ivi comprese le posizioni organizzative ad essi equiparate, nel rispetto dei seguenti criteri:*

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

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

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

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

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

-----

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

L'art. 99 comma 5 del suddetto DL ha infatti stabilito che *"Per le erogazioni liberali di cui al presente articolo, ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria attua apposita rendicontazione separata, per la quale è anche autorizzata l'apertura di un conto corrente dedicato presso il proprio tesoriere, assicurandone la completa tracciabilità. Al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet o, in assenza, su altro idoneo sito internet, al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle suddette liberalità"*.

In seguito alla cessazione dello stato di emergenza a far data dal 1.4.2022 (DL n. 24 del 24.3.2022), l'ASUGI ha pubblicato nella sezione *Amministrazione trasparente / Interventi*

*straordinari e di emergenza* i dati relativi alla rendicontazione delle erogazioni liberali percepite nel 2020 e 2021. I dati saranno aggiornati entro il primo semestre 2022.

## 2. MODALITA' DI ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA IN ASUGI

Va tenuto presente, in merito all'attribuzione delle competenze di elaborazione dei dati da pubblicare, che l'Atto Aziendale di ASUGI, alla data del 30.4.2022 non risulta ancora adottato; pertanto le attribuzioni, previste nella tabella Allegato n. 4, sono riferite allo stato attuale dell'Organizzazione e potranno subire delle modifiche in seguito all'adozione dell'Atto Aziendale.

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

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

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

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

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

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

L'**Ufficio Trasparenza e Prevenzione della Corruzione** è l'Ufficio di supporto del RPCT: collabora con il Responsabile nella predisposizione del PTPCT e della Relazione annuale; cura l'aggiornamento normativo degli obblighi in materia, anche con riferimento alle delibere /

determinazioni dell'ANAC; coordina gli adempimenti rapportandosi con i Referenti delle strutture e predisponendo, laddove necessario, i format omogenei per la pubblicazione dei dati; verifica la congruità dei dati trasmessi dalle strutture, in relazione agli adempimenti richiesti, prima della loro trasmissione all'Ufficio Comunicazione per la pubblicazione; predispone il materiale utile all'OIV inerente le attestazioni e i controlli di competenza del suddetto Organismo, provvede al monitoraggio dello stato di avanzamento degli adempimenti, riferendone i risultati al RPCT, il quale provvederà alle eventuali necessarie azioni correttive ad esso conseguenti. Il monitoraggio degli adempimenti avverrà con cadenza almeno quadrimestrale e riguarderà la totalità degli adempimenti. Il report del monitoraggio viene trasmesso a tutti i Responsabili e Referenti delle strutture aziendali, con evidenza delle eventuali criticità.

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

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

### **3. L'ACCESSO CIVICO**

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

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

Nel corso del 2022 le Strutture aziendali provvederanno ad adeguare le informazioni relative all'accesso pubblicate nelle rispettive sezioni del sito web al Regolamento vigente e sarà cura del RPCT verificare l'uniformità della modulistica utilizzata e pubblicata.

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



#### 4. TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI

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

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

Si legge, in particolare, nella sentenza:

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

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



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

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

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

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

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

Fatto salvo, in ogni caso, quanto previsto dall'art. 7 bis del D.lgs 33/2013: *“Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione”.*

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

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

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

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

**ALLEGATI:**

1 – La mappatura dei processi e la gestione dei rischi in ASUGI – Metodologia

1a – Mappatura dei processi / Procedimenti e valutazione dei rischi della SC Ricerca e Innovazione

1b – Mappatura dei processi/ procedimenti e valutazione dei rischi delle precedenti Aziende

2 – Monitoraggio adempimenti PTPCT 2021-2023

3 – Procedura per l'applicazione dell'istituto della rotazione straordinaria

4 – Riepilogo adempimenti PTPCT 2022-2023

5 – Riepilogo obblighi di trasparenza