



ASLMediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

P.I.A.O

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

SOMMARIO

PREMESSA	6
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	8
1.1 ASL N. 6 MEDIO CAMPIDANO: POPOLAZIONE E CARATTERISTICHE	9
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE	16
2.1 IL VALORE PUBBLICO	17
2.2 LA PERFORMANCE	21
2.2.1 IL SISTEMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE	21
2.2.2 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	22
2.2.3 ASSISTENZA TERRITORIALE E OSPEDALIERA TRA RIFORMA SANITARIA E PANDEMIA COVID-19	23
2.2.3.1 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	25
2.2.3.2 GLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO	28
2.2.3.3 L'ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISTRETTUALE E OSPEDALIERA. 29	
2.2.3.4 L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	33
2.2.4 IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	34
2.2.5 IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	36
2.2.6 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE	39
2.2.7 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE. 44	
2.2.8 IL MONITORAGGIO – LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI	46
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	51
PARTE I: PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	51
2.3.1 SOGGETTI DESTINATARI DEL PRESENTE PIANO	51
2.3.2 IL PERCHÈ DI QUESTO PIANO	51
2.3.3 CONTESTO INTERNO	52
2.3.3.1 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	52
2.3.3.2 L'ORGANIGRAMMA AZIENDALE	53
2.3.3.3 LE MACRO-ARTICOLAZIONI E LE ARTICOLAZIONI AZIENDALI	54
2.3.3.4 LE RISORSE UMANE	54
2.3.4 CONTESTO ESTERNO (RELAZIONE ALLEGATO 1)	55
2.3.5 CONTENUTO E PROCESSO DI AGGIORNAMENTO DEL PTPCT	55
2.3.6 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DELL'ASL N. 6 DEL MEDIO CAMPIDANO	56

2.3.6.1	COMPITI E POTERI DEL RPCT	56
2.3.6.2	IL SUPPORTO CONOSCITIVO ED INFORMATIVO AL RPCT	57
2.3.6.3	I RAPPORTI CON L'ORGANO DI INDIRIZZO	57
2.3.6.4	I RAPPORTI CON L'AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE	58
2.3.6.5	LE GARANZIE DELLA POSIZIONE DI INDIPENDENZA DEL RPCT.....	59
2.3.6.6	IN TEMA DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI.....	59
2.3.7	I REFERENTI AZIENDALI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	60
2.3.7.1	SOGGETTI CHIAVE	60
2.3.7.2	IL DIRETTORE GENERALE	61
2.3.7.3	I REFERENTI DEL RPCT	61
2.3.7.4	ORGANISMO DI VALUTAZIONE INTERNA (OIV) (IN FASE DI INDIVIDUAZIONE DEI COMPONENTI)	61
2.3.7.5	IL COLLEGIO SINDACALE (IN FASE DI DESIGNAZIONE DEI COMPONENTI DA PARTE DELLE ISTITUZIONI PREPOSTE).....	62
2.3.7.6	I DIRETTORI DI DIPARTIMENTO/ SERVIZIO/ U.O. E TUTTI I DIRIGENTI NONCHÉ I RESPONSABILI DI UFFICIO E INCARICO PER L'AREA DI COMPETENZA	62
2.3.7.7	LA COMMISSIONE PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)	63
2.3.7.8	I DIPENDENTI E I COLLABORATORI.....	64
2.3.7.9	I PAZIENTI, LE ASSOCIAZIONI DI TUTELA DEI MALATI, I COLLABORATORI DELLE DITTE FORNITRICI E GLI ALTRI SOGGETTI ESTERNI (STAKEHOLDER).....	64
2.3.7.10	RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE (RASA) E SOGGETTO GESTORE PER L'ANTIRICICLAGGIO	64
2.3.8	LA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E IL COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE	65
2.3.9	MONITORAGGIO E RIESAME DELLE MISURE DEL PTPCT	67
2.3.10	AREE DI RISCHIO	68
2.3.10.1	SETTORI A MAGGIORE IMPATTO E RISCHIO DI CORRUZIONE	69
2.3.10.2	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	70
2.3.10.3	TRATTAMENTO DEL RISCHIO.....	71
PARTE II:	PIANO PER LA TRASPARENZA	71
2.3.11	IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA 2020-2022	71
2.3.11.1	CODICE DI COMPORTAMENTO GENERALE E CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ASL N. 6 DEL MEDIO CAMPIDANO	73
2.3.12	ROTAZIONE DEL PERSONALE	74
2.3.12.1	CRITERI PER LA ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE.....	76

2.3.12.2	ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE DIRIGENZIALE	77
2.3.12.3	ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE.....	78
2.3.12.4	ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE.....	78
2.3.12.5	TEMPISTICA ED IMMEDIATEZZA DEL PROVVEDIMENTO DI EVENTUALE ADOZIONE DELLA ROTAZIONE STRAORDINARIA	79
2.3.12.6	DURATA DELLA ROTAZIONE STRAORDINARIA	80
2.3.12.7	RAPPORTO TRA ROTAZIONE STRAORDINARIA E TRASFERIMENTO D’UFFICIO IN CASO DI RINVIO A GIUDIZIO.....	80
2.3.13	GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSE	80
2.3.14.	FORMAZIONE DI COMMISSIONI E ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.....	84
2.3.14.1	NUOVO ART. 35 BIS D.LGS 165/2001.....	84
2.3.15	INCOMPATIBILITÀ/INCONFERIBILITÀ INCARICHI.....	85
2.3.15.1	SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO - ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI	86
2.3.16	REVOLVING DOOR-PANTOUFLAGE	86
2.3.17	TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWING)	87
2.3.18	FORMAZIONE.....	88
2.3.19	PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI	89
2.3.20	MONITORAGGIO DEI TEMPI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI	90
2.3.21	MISURE SPECIFICHE	90
2.3.22	MISURE TRASVERSALI DI PREVENZIONE	90
2.3.23	FLUSSI INFORMATIVI	91
2.3.24	GIORNATE DELLA TRASPARENZA.....	91
2.3.25	VIOLAZIONI DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA E RESPONSABILITÀ	92
2.3.26	PROSPETTIVE EVOLUTIVE.....	92
2.3.27	RELAZIONE DEL RPCT.....	93
2.3.28	TRASPARENZA E PRIVACY	93
2.3.29	ENTRATA IN VIGORE.....	94
	SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	95
3.1	LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	96
3.2	L’ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	99

3.2.1	L'ATTUALE QUADRO NORMATIVO SUL LAVORO AGILE	99
3.2.2	L'ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE IN ATS SARDEGNA NELLA FASE DEL C.D. RIENTRO IN SICUREZZA.....	100
3.2.3	IL LAVORO AGILE NELLA ASL MEDIO CAMPIDANO.....	101
3.2.4	I FATTORI ABILITANTI	102
3.2.5	GLI OBIETTIVI NEL LAVORO AGILE.....	103
3.3	PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	105
3.4	FORMAZIONE DEL PERSONALE	109
3.4.1	PREMESSA.....	109
3.4.2	OBIETTIVI RAGGIUNTI E OBIETTIVI OGGETTO DI MIGLIORAMENTO.....	110
3.4.3	RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI	110
3.4.4	PROGRAMMA FORMATIVO PER L'ANNO 2022.....	112
3.4.5	RISORSE ECONOMICHE.....	117
	SEZIONE 4. MONITORAGGIO	118

PREMESSA

Le Aziende Sanitarie Locali, in qualità di pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, per l'anno in corso, entro il 30 giugno 2022, adottano il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, nel rispetto delle vigenti discipline di settore.

Il PIAO, introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", è un documento unico che riunisce tutta la programmazione finora inserita dalle Pubbliche amministrazioni in piani differenti (Piano della performance, Piano del lavoro agile (POLA), Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), Piano del fabbisogno del personale e Piano della Formazione del Personale.

Il PIAO ha durata triennale e viene aggiornato annualmente. E' articolato in 4 sezioni specifiche, che vengono di seguito indicate:

- Scheda anagrafica dell'amministrazione, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'ente.
- Valore pubblico, performance e anticorruzione, dove sono definiti:
 - I risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici, l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti;
 - La programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance, in termini di efficacia e di efficienza, i cui esiti vanno rendicontati nella Relazione sulla Performance, ai sensi dell'art. 10 co. 1 lett. b) del D.Lgs. n. 150/2009;
 - Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.
- Organizzazione e capitale umano, in cui vanno indicati:
 - La struttura organizzativa dell'ente;
 - La strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, con particolare riferimento al lavoro agile;
 - Il fabbisogno del personale;
 - Le iniziative in tema di formazione del personale;
- Monitoraggio, in cui si prevedono gli strumenti e le modalità di verifica di quanto previsto nelle varie sezioni del Piano, inclusa di rilevazione del soddisfacimento degli utenti.

Il documento coinvolge diversi ambiti dell'attività aziendale e si colloca in un contesto di profonda riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, delineato con la Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, concernente "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore", che ha previsto, attraverso lo scorporo dell'Azienda per la tutela della salute (ATS), l'istituzione dell'Azienda regionale della salute (ARES) e di otto Aziende socio-sanitarie locali (ASL), costituite a decorrere dal 1 gennaio 2022.

L'obiettivo della Riforma sanitaria è quello di rendere il SSR maggiormente aderente ai bisogni della popolazione, superando la precedente organizzazione incentrata su un'unica azienda territoriale.

L'ARES svolge un'attività di supporto alle ASL nella produzione dei servizi sanitari e socio sanitari, si adopera al fine di coordinare e rendere omogenea l'attività delle singole ASL.

Una volta a regime, si occuperà, in particolare, di gare d'appalto, gestione del personale, formazione, servizi ICT e committenza, collaborando in maniera armonica con le ASL.

L'attivazione delle funzioni da allocarsi nelle nuove ASL è ancora in corso e giungerà a compimento soltanto con l'approvazione dell'atto aziendale, strumento giuridico con cui l'Azienda determinerà la propria organizzazione, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione con Deliberazione n. 12/15 del 7.04.2022 "Indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende socio-sanitarie locali (ASL). Approvazione preliminare".

Pertanto, considerato che attualmente si sta attraversando una fase di Riforma, il presente Piano viene redatto in maniera sintetica e parziale, con riserva di successive integrazioni e modifiche durante l'anno in corso, al fine di renderlo uno strumento idoneo a fornire informazioni precise e aggiornate sugli aspetti rilevanti dell'attività aziendale.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 6 del Medio Campidano è stata istituita dal 01.01.2022, con Legge regionale 11.09.2020 n. 24.

La partita IVA, che coincide con il Codice fiscale, è la seguente: 03990320925.

La sede legale è sita nel Comune di Sanluri (SU), in Via Ungaretti, 9 – 09025.

I dipendenti al 01.01.2022 sono complessivamente 829, di cui 233 afferenti alla dirigenza e 596 al comparto.

La ASL n. 6 del Medio Campidano rappresenta, pertanto, una nuova realtà all'interno del Sistema Sanitario Regionale, chiamata ad operare all'interno della medesima area territoriale di competenza della ex ASSL Sanluri – ATS Sardegna.

All'interno di questa sezione, verranno illustrati i dati relativi al territorio e alla popolazione della neonata ASL.

1.1 ASL N. 6 MEDIO CAMPIDANO: POPOLAZIONE E CARATTERISTICHE

È innanzitutto opportuno precisare che le informazioni relative alla popolazione e alle relative caratteristiche sono state elaborate sulla base dei dati riportati sul sito internet ISTAT, aggiornati al 31.12.2020 (<http://dati-censimentipermanenti.istat.it/#>).

L'ambito territoriale della ASL Medio Campidano (fig. 1) comprende 28 comuni (fig. 2), si estende per 1.516,19km² (il 6,3 % del territorio sardo) e conta 93.281 abitanti.



L'Area è articolata nei due Distretti Sanitari di Guspini e Sanluri.

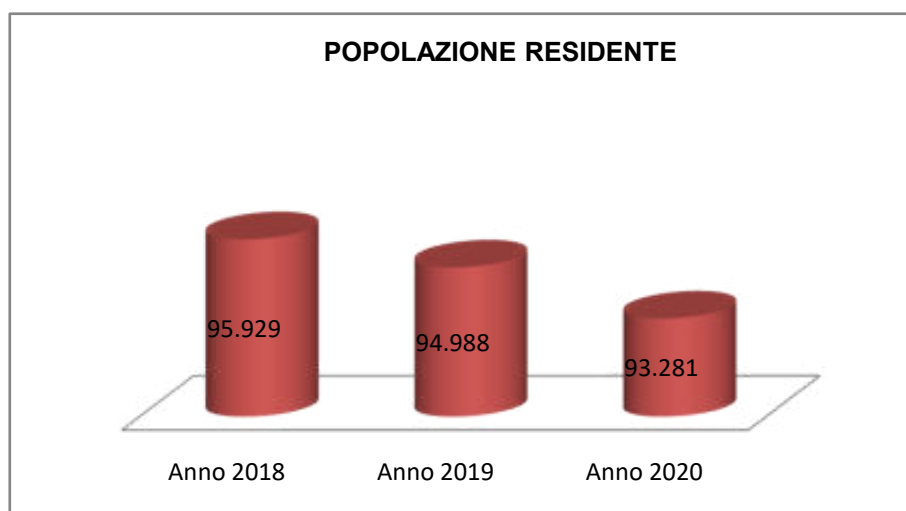
Il Distretto Sanitario di Sanluri conta 21 comuni, con una popolazione complessiva di 41.899 abitanti distribuiti su una superficie di 582,3 km² (densità media 71,95 abitanti per km²).

Appartengono al Distretto di Sanluri i seguenti Comuni: Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru e Villanovafranca.

Il Distretto Sanitario di Guspini è composto da 7 comuni, con una popolazione complessiva di 51.382 abitanti distribuiti su una superficie di 933,9 km² (densità media 55,02 abitanti per km²).

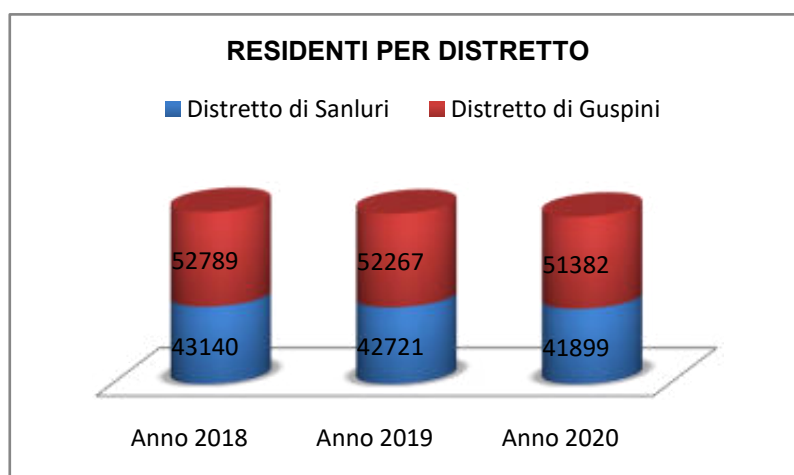
Appartengono al Distretto di Guspini i seguenti Comuni: Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara e Villacidro.

Nel grafico sotto riportato si rappresenta l'andamento della popolazione negli ultimi anni all'interno dell'ambito territoriale complessivo, con dati aggiornati al 31 dicembre di ciascun anno.



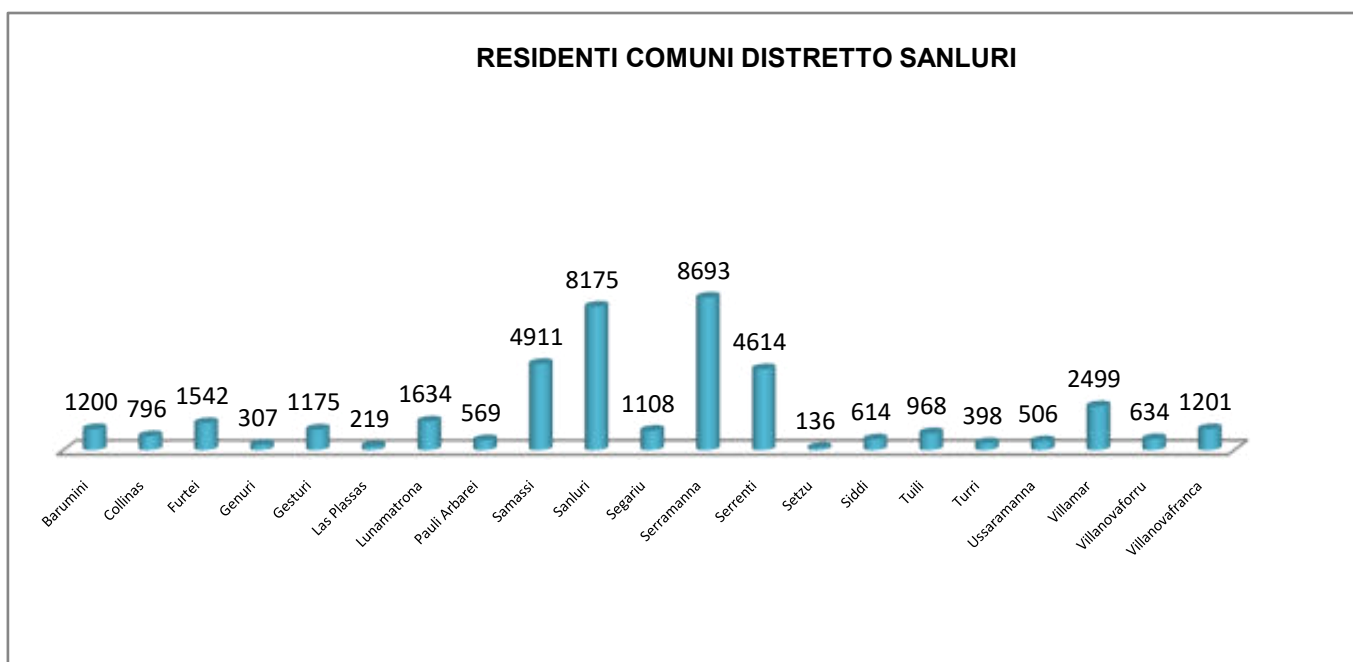
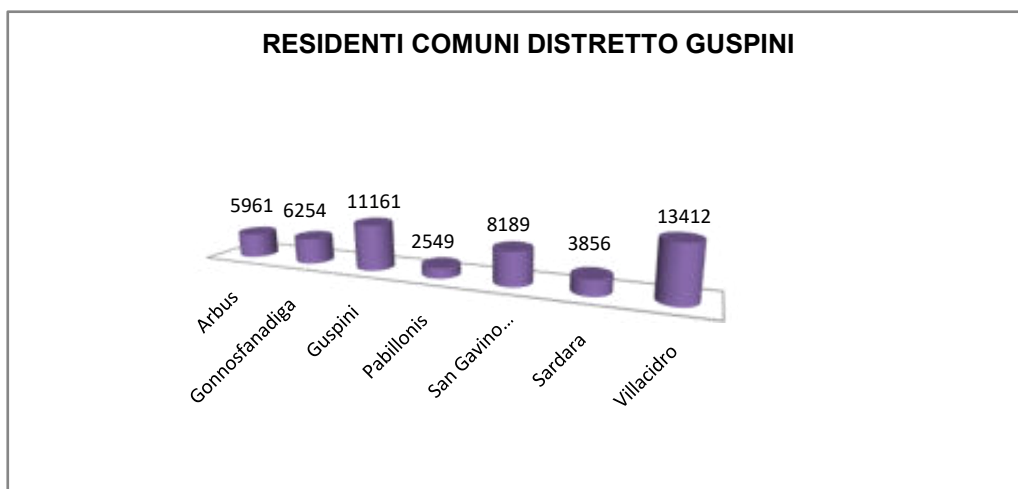
Dal grafico è possibile riscontrare un decremento di 2.648 unità nel corso del triennio.

Nell'istogramma in basso si rappresenta la distribuzione della popolazione per Distretto, tenendo in considerazione il medesimo arco temporale.



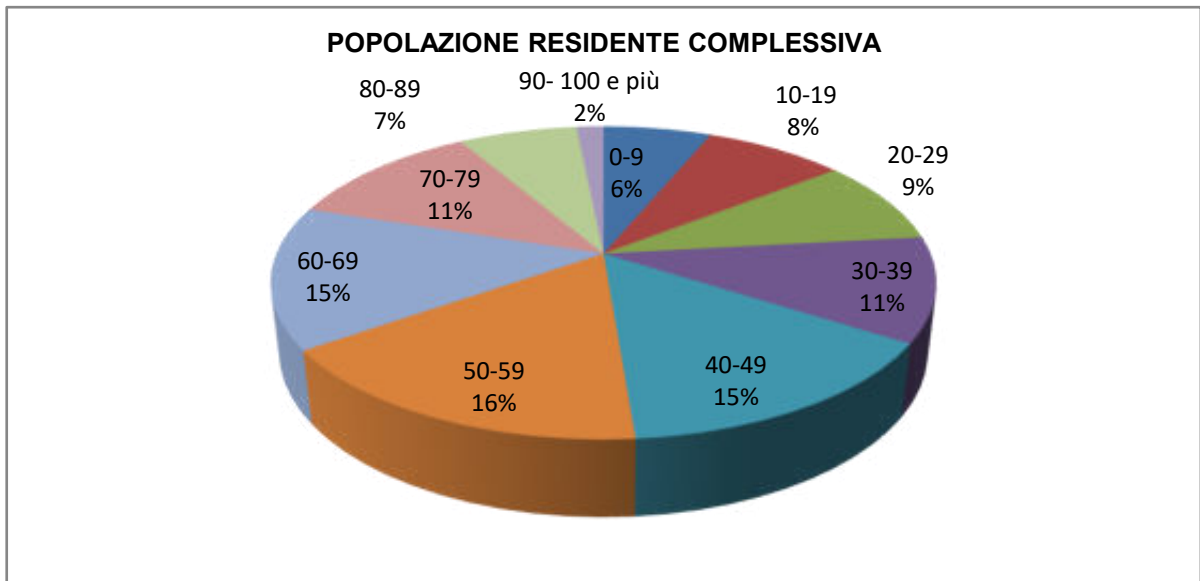
Dal grafico si evince che è maggiormente popoloso il Distretto di Guspini.

Nei grafici in basso viene indicato il numero di abitanti di ogni singolo Comune per Distretto, aggiornato al 31 dicembre 2020.



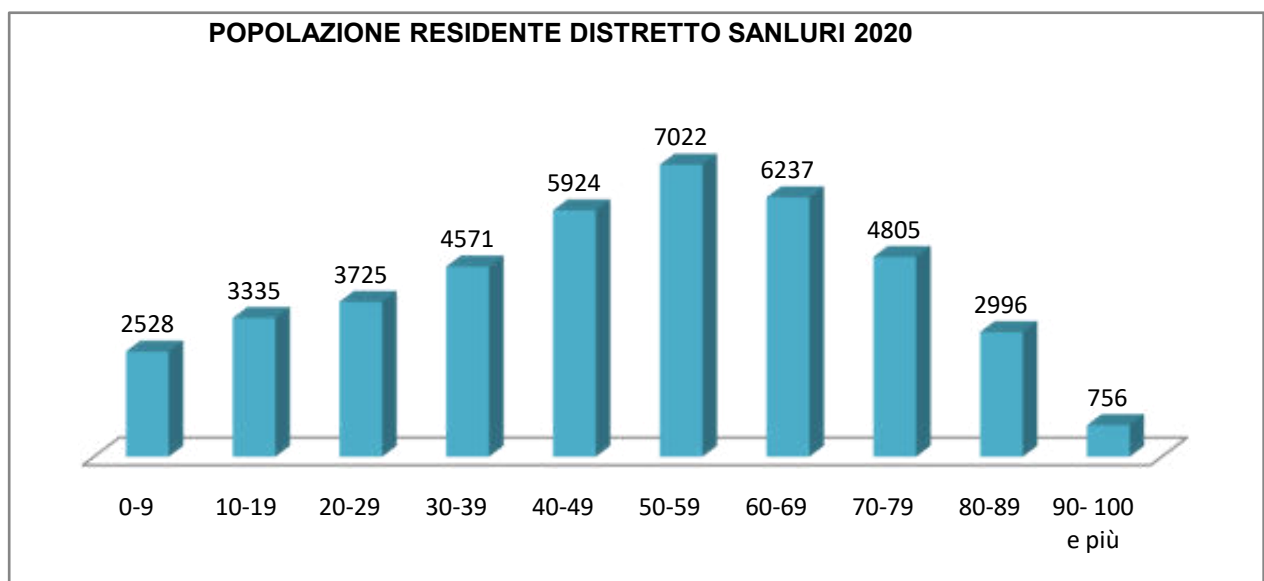
Il Comune più popoloso è quello di Villacidro, sito nel Distretto di Guspini, mentre i piccoli Comuni, al di sotto dei 2.000 abitanti, sono situati nel Distretto di Sanluri.

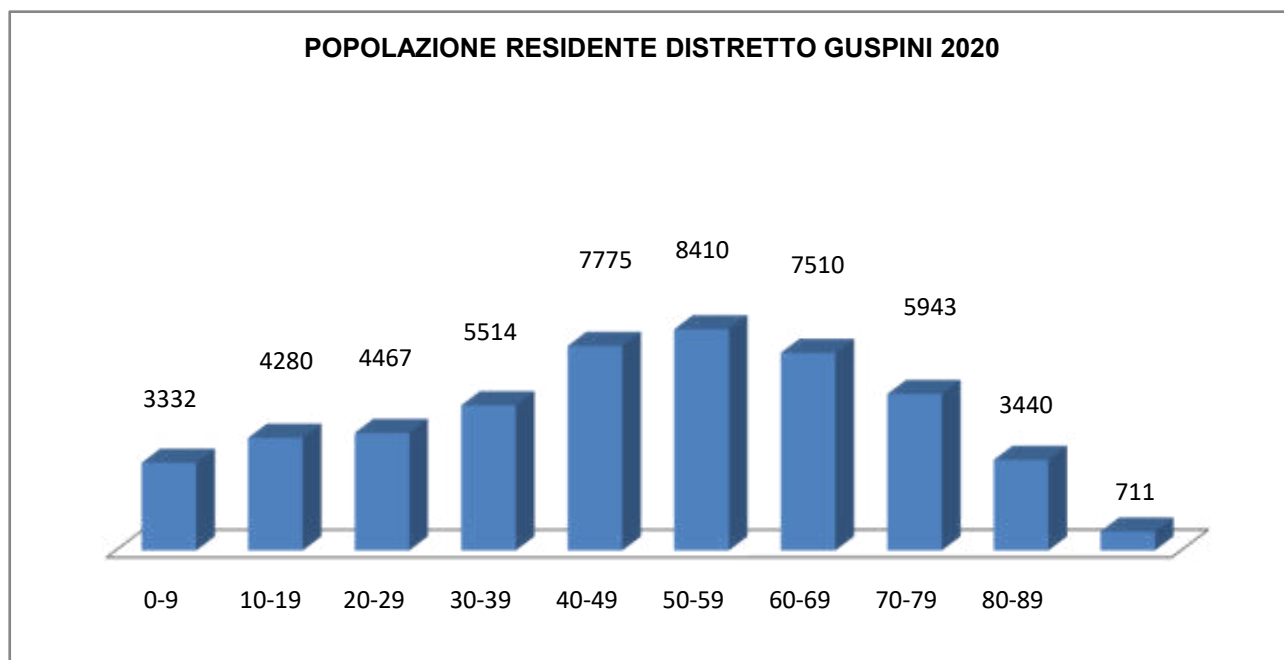
Nel grafico a torta in basso si riporta la distribuzione complessiva per fasce d'età della popolazione.



La fascia d'età più numerosa è quella compresa tra i 40 e i 69 anni.

Nei grafici in basso si riporta la distribuzione della popolazione per fasce d'età all'interno dei Distretti, che rispecchia perfettamente il dato generale.



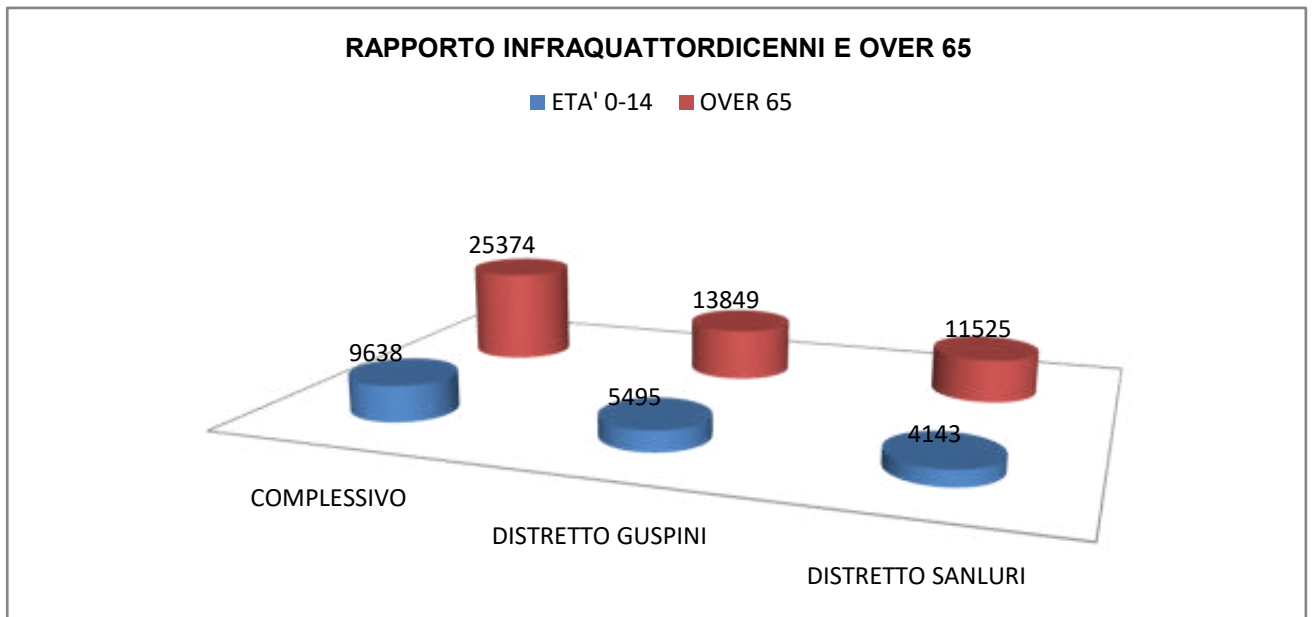


Dai dati emerge chiaramente un progressivo invecchiamento della popolazione residente, aspetto che incide notevolmente sulla tipologia delle prestazioni da erogare, particolarmente necessarie nell'ambito della lungodegenza e della riabilitazione.

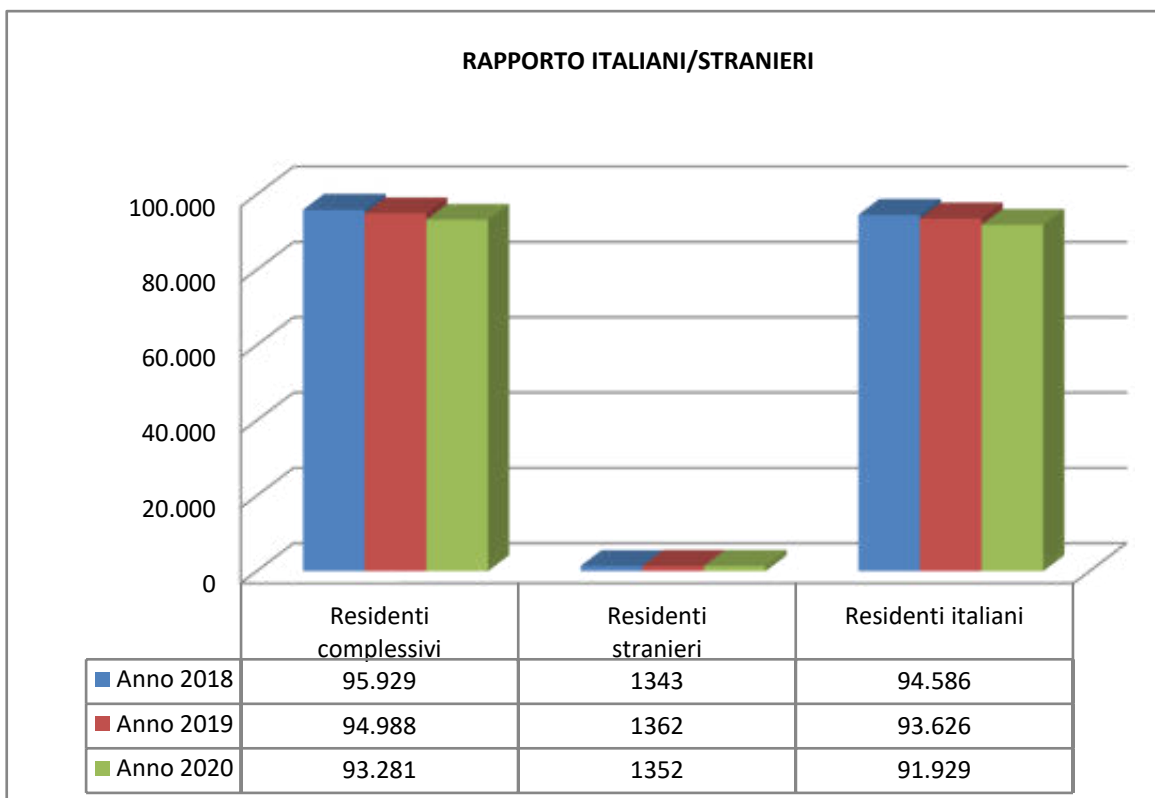
Inoltre, l'invecchiamento si associa alle malattie cronico degenerative e determina la maggior parte dei decessi per patologie cardiovascolari e del tratto respiratorio, tumori, disturbi del sistema nervoso e del tratto digerente.

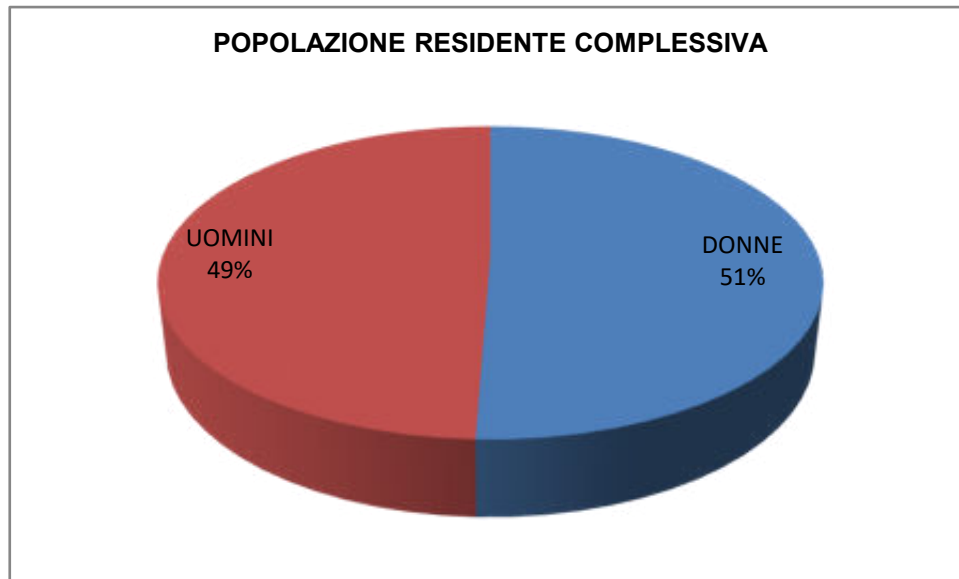
Il grafico che segue individua il grado di invecchiamento della popolazione, ossia il rapporto tra i residenti di età compresa tra 0 e 14 anni e gli over 65 per Distretto.

Il tasso di vecchiaia all'interno del territorio complessivo dell'Azienda è pari al 263,27%, più elevato nel Distretto di Sanluri, in cui si attesta al 278% e più basso nel Distretto di Guspini, in cui si ferma al 252%.



Nel grafico sotto riportato si individua il rapporto tra italiani e stranieri residenti nel territorio dell'Azienda. La popolazione straniera è poco numerosa, gli stranieri rappresentano appena il 1,45% della popolazione residente (anno 2020).





La distribuzione della popolazione per genere è equa, con una lieve prevalenza di donne, come si evince dal grafico a torta in basso (47.188 donne vs. 46093 uomini).

**SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE,
ANTICORRUZIONE**

2.1 IL VALORE PUBBLICO

L'ASL Medio Campidano è parte integrante del SSR, all'interno del quale, in coerenza con gli indirizzi regionali, si impegna al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Valorizzare il coinvolgimento responsabile dei cittadini, degli operatori e degli utenti nelle questioni concernenti la salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;
- Favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte generali di politica sanitaria attraverso idonee forme di ascolto e consultazione, riguardo alla individuazione di priorità e alla elaborazione di proposte di programmi di intervento;
- Sostenere la formazione degli operatori e la valorizzazione delle competenze professionali;
- Garantire il collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, l'integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, che si esplicita in particolare attraverso l'articolazione in distretti e con lo spostamento dei luoghi di cura dall'ospedale alla comunità locale, possibilmente al domicilio dell'assistito o in luoghi di prossimità;
- Perseguire l'unitarietà, l'uniformità ed il coordinamento delle funzioni del servizio sanitario regionale;
- Migliorare la salute della popolazione;
- Garantire il miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari;
- Assicurare l'uniformità dei risultati nella promozione, tutela, cura e assistenza della salute, indipendentemente dal territorio di residenza, dalla struttura di primo contatto con il sistema sanitario regionale e di presa in cura post-acuzie;
- Promuovere la sicurezza dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, sia per i cittadini che per gli operatori, sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie;
- Garantire il perseguimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per la propria popolazione mediante servizi/prestazioni prodotti direttamente e servizi/prestazioni prodotti da altri soggetti pubblici e privati accreditati, acquisiti direttamente (funzione di committenza) o indirettamente attraverso la regolazione regionale della mobilità.
- Controllare l'appropriatezza della domanda e dell'offerta assistenziale.

Dal quadro delineato emerge che, ai fini del perseguimento di tali obiettivi, svolgono un ruolo di

primo piano gli utenti, gli enti locali, il terzo settore e le organizzazioni sindacali.

Gli utenti svolgono un ruolo centrale all'interno del sistema e l'Azienda è chiamata a :

- Adeguare l'organizzazione dei servizi alle necessità dei pazienti;
- Ascoltare le ragioni e i bisogni degli interlocutori;
- Agevolare, con informazioni puntuali e personalizzate, la scelta consapevole degli utenti su: prestazioni servizi, sedi e modalità di erogazione;
- Garantire l'esercizio del consenso informato e il rispetto della riservatezza;
- Assicurare la partecipazione dei cittadini alla verifica della qualità di servizi e prestazioni erogati e alla verifica dei risultati
- Coinvolgere le organizzazioni di volontariato e di promozione sociale in iniziative di umanizzazione delle cure e costruzione del benessere della persona malata;
- Garantire l'accesso alle informazioni sull'organizzazione e l'attività;
- Favorire il controllo delle funzioni istituzionali, dell'impiego delle risorse, dei processi e dei procedimenti, attraverso l'aggiornamento continuo del proprio sito istituzionale e la pubblicazione della Carta dei Servizi Socio-Sanitari.

Gli strumenti organizzativi con cui sono assicurate l'informazione, la comunicazione e la partecipazione sono:

- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), che ha il compito di facilitare la comunicazione tra l'Azienda e gli utenti e di attivare iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi e al conseguente miglioramento delle attività prestate;
- i Punti di Accesso Unitario di Servizi Sanitari e Punti Unici di Accesso (PASS - PUA) istituiti, rispettivamente, presso il Presidio Ospedaliero e i Distretti, che rappresentano lo strumento di presa in carico del paziente, nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento.

Per ciò che concerne gli Enti locali, questi partecipano alla programmazione aziendale delle attività e alla verifica dei risultati di salute secondo specifiche modalità stabilite dalla normativa regionale, al fine di favorire il miglioramento della qualità della vita delle persone e l'effettiva fruibilità dei servizi socio-sanitari. Inoltre, l'Azienda valorizza la partecipazione dei suddetti organismi nelle fasi di programmazione e predisposizione dei piani aziendali e locali, mediante un costante ricorso a forme di coinvolgimento nei processi di valutazione delle attività e dei risultati e una continua e puntuale informazione.

Inoltre, l'Azienda collabora con le formazioni del terzo settore, privato e pubblico (Attori del sistema

sanitario-assistenziale, Attori del sistema sociale, Attori del sistema educativo, Organismi di volontariato e cooperazione, Associazioni di promozione sociale, Autorità civili, militari e religiose), che rappresentano un interlocutore privilegiato, in quanto concorrono in modo complementare alla gestione dei servizi e degli interventi per la salute nel territorio.

I momenti di confronto tra Azienda e terzo settore, nel rispetto delle competenze e delle responsabilità di ciascun soggetto, trovano varie modalità di esplicazione, da regolarsi con specifici protocolli, rispetto ai differenti contenuti, alle diverse forme di relazione, ai diversi livelli territoriali.

Per quanto riguarda le Organizzazioni Sindacali, l'Azienda intrattiene con le stesse un sistema di relazioni orientato alla trasparenza e alla correttezza, fattivamente collaborativo e concorre, nella distinzione di ruoli e responsabilità, al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita qualitativa dei servizi erogati.

Nell'ambito delle relazioni sindacali, l'Azienda opera per prevenire le situazioni di conflitto mediante la promozione del confronto collaborativo tra gli operatori e tra questi e la Dirigenza all'interno dei Servizi.

L'Azienda favorisce lo sviluppo di un metodo di lavoro improntato al benessere organizzativo e al coinvolgimento del personale dipendente nel processo di individuazione delle strategie e delle soluzioni operative idonee a realizzare gli obiettivi, cura la formazione professionale, valorizza l'esperienza e le capacità professionali secondo criteri di merito.

Secondo le indicazioni dettate dalla Regione con Deliberazioni nn. 14/28 e 14/30 del 29.04.2022, gli ambiti prioritari di azione per l'anno in corso sono i seguenti:

- rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio sulla base dei budget assegnati;
- rispetto delle milestone del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- avvio e gestione dei processi di riforma;
- trasparenza (obblighi di pubblicazione in materia di tempi di conclusione dei procedimenti ed erogazione delle prestazioni);
- rispetto dei termini per la presentazione dei documenti di programmazione;
- buona adesione ai programmi di screening oncologico;
- riduzione delle liste d'attesa;
- attivazione dei Piani Mirati di Prevenzione;
- incremento dell'adesione ai Sistemi di sorveglianza istituiti dall'ISS, PASSI e PASSI D'ARGENTO;
- implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES);

- revisione del sistema dei servizi pubblici residenziali e semi-residenziali nell'ambito della salute mentale;
- incremento del livello di donazione degli organi;
- incremento del risparmio di sangue ed emoderivati tramite implementazione dei PDTA.

Sulla base di tali obiettivi, l'Azienda predispone il Piano della Performance, quindi, sul raggiungimento degli stessi viene valutata l'attività svolta dall'Ente da parte degli organi interni e della Regione.

2.2 LA PERFORMANCE

All'interno di questa sub-sezione verranno illustrati i dati relativi all'attività ospedaliera e distrettuale, con particolare riguardo alle ripercussioni del Covid-19 sulla stessa, per poi procedere alla descrizione degli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere, in accordo con i provvedimenti nazionali e regionali sul Recupero delle Liste d'attesa e gli obiettivi preventivi indicati dalla RAS.

2.2.1 IL SISTEMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE

L'assistenza sanitaria distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. Al suo interno, si realizza l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Nel Distretto Sanitario di Sanluri sono presenti:

- 29 Medici di Medicina Generale e 4 di Pediatri di Libera Scelta
- 8 punti di Guardia Medica
- 1 Poliambulatorio e 2 Centri della Salute (Serramanna, Lunamatrona) che forniscono assistenza specialistica ambulatoriale nelle seguenti discipline: cardiologia, chirurgia generale, dermatologia, fisiatria, neurologia, oculistica, odontoiatria, otorinolaringoiatria, ortopedia, radiologia, reumatologia e urologia
- 10 strutture convenzionate che forniscono assistenza nelle discipline di fisiatria, laboratorio e radiologia
- sedi di Consultorio Familiare (Serramanna, Sanluri, Lunamatrona) e 1 ambulatorio di Neuropsichiatria Infantile (Sanluri).
- 1 Punto Unico di Accesso (PUA)
- 1 di Unità di Valutazione Territoriale (UVT), con sede a Sanluri, che soddisfa le richieste di entrambi i Distretti;
- 1 Servizio di Cure Domiciliare Integrate.

Nel Distretto Sanitario di Guspini sono presenti:

- 33 Medici di Medicina Generale e 4 di Pediatri di Libera Scelta
- 7 punti di Guardia Medica e 2 di Guardia Turistica (Torre dei Corsari e Portu Maga)
- Poliambulatori (Guspini, San Gavino Monreale) e 2 Case della Salute (Arbus, Villacidro,) che forniscono assistenza specialistica ambulatoriale nelle seguenti discipline: cardiologia,

chirurgia generale, dermatologia, endocrinologia, ginecologia, neurologia, oculistica, odontoiatria, otorinolaringoiatria, ortopedia, pediatria, pneumologia, radiologia, reumatologia e urologia;

- 8 Strutture Convenzionate che forniscono assistenza nelle discipline di cardiologia, fisioterapia, laboratorio e radiologia;
- sedi di Consultorio Familiare (Villacidro, San Gavino Monreale, Guspini) e 1 sede di ambulatorio di Neuropsichiatria Infantile (San Gavino Monreale).
- 1 Punto Unico di Accesso (PUA)
- 1 Unità di Valutazione Territoriale (UVT)
- 1 Servizio di Cure Domiciliare Integrate.

2.2.2 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera è erogata da parte del P.O. Nostra Signora di Bonaria, con sede a San Gavino Monreale, che copre tutto il fabbisogno assistenziale del territorio della ASL del Medio Campidano.

Il Presidio Ospedaliero eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, in regime di ricovero o ambulatoriale, sia di carattere medico, che chirurgico.

I posti letto medi attuali (aggiornamento al 31/12/2021) **sono 186, di cui 168 posti** per degenze ordinarie e 18 in day hospital.

All'interno del P.O. sono presenti le seguenti Strutture:

- Anestesia e Rianimazione
- Assistenza Riabilitativa
- Blocco Operatorio
- Cardiologia e UTIC
- Centro Trasfusionale
- Chirurgia Generale
- Diabetologia e Malattie Dismetaboliche (Afferente all'Area Territoriale)
- Diagnostica e Terapia Endoscopica
- Emergenza Territoriale (Afferente all'AREUS)
- Farmacia Ospedaliera
- Laboratorio Analisi
- Medicina Generale
- Nefrologia e Dialisi

- Nido
- Oncologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Pronto Soccorso e Osservazione Breve
- Radiologia
- Urologia

2.2.3 ASSISTENZA TERRITORIALE E OSPEDALIERA TRA RIFORMA SANITARIA E PANDEMIA COVID-19

L'Azienda è chiamata ad affrontare due grandi sfide: attuare il progetto di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale sulla base degli indirizzi dettati dalla RAS e al contempo, procedere al governo delle liste d'attesa, riprendendo le attività di ricovero ospedaliero e le prestazioni ambulatoriali che hanno subito una sospensione durante la pandemia Covid-19.

La pandemia Covid-19 ha influito pesantemente sulla popolazione mondiale dal punto di vista economico, sociale e psicologico. Essa ha altresì determinato un sovraccarico anche nei sistemi sanitari più virtuosi ed efficienti.

La dichiarazione di emergenza internazionale per la salute pubblica è stata dichiarata dall'OMS in data 30 gennaio 2020. A ciò ha fatto seguito la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 che ha dichiarato lo stato d'emergenza, che si è protratto, attraverso l'adozione di vari provvedimenti sino allo scorso 31 marzo.

A partire dalla dichiarazione dello stato di pandemia sono stati adottati diversi Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, ordinanze regionali e del Ministero della salute volti a determinare un contenimento degli effetti epidemiologici.

I provvedimenti sono stati rivolti a soddisfare varie finalità:

- limitare gli spostamenti della popolazione a urgenti motivi di salute, lavoro, necessità e urgenza, al fine di impedire la diffusione del virus;
- incrementare il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, al fine di consentire principalmente:
 - l'aumento dei posti letto nei Reparti di Terapia Intensiva;
 - la riorganizzazione degli spazi di degenza all'interno degli ospedali;

- l'assunzione di personale sanitario, coinvolgendo anche i professionisti in pensione e gli specializzandi;
- l'acquisto dei dispositivi necessari per la protezione degli operatori sanitari;
- l'acquisto delle apparecchiature necessarie per la cura dei pazienti;

Le Regioni e le Province Autonome hanno redatto programmi operativi per utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, sottoposte al controllo congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle finanze. Per soddisfare tali esigenze, è stata necessaria una capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione.

Allo stato attuale, grazie alla possibilità offerta dalla somministrazione dei vaccini, si assiste ad una ripresa della vita sociale e ad un alleviamento della pressione sui reparti ospedalieri di terapia intensiva e degenza ordinaria.

Durante lo stato di emergenza, in particolare durante le fasi più acute della pandemia (c.d. ondate), l'assistenza territoriale ed ospedaliera è stata dedicata in modo particolare all'assistenza dei pazienti affetti da Covid-19, per cui le attività non urgenti sono state sospese.

L'accesso nei Reparti ospedalieri è stato impedito ai visitatori e alcuni Reparti, a seguito del verificarsi di episodi di contagio, sono stati chiusi e i pazienti trasferiti presso altre Strutture del medesimo nosocomio o altri Presidi Ospedalieri.

Questi fenomeni hanno quindi determinato un allungamento delle liste d'attesa.

In ottemperanza all'art. 29 del D.L. n. 104 del 14.08.2020, conv. in Legge n. 126 del 13.10.2020 e, alla DGR n. 3 /4 del 27.01.2022, la ASL Medio Campidano ha adottato, con Delibera n. 85 del 30.03.2022, il proprio Piano di recupero delle Liste d'attesa.

In tale Piano si dà atto che la Regione, al fine di attuare il recupero delle Liste d'attesa, ha stanziato in favore dell'Azienda la somma di € 526.656,43, con la quale si prevede di recuperare:

- gli interventi chirurgici programmati presenti nelle liste di attesa aziendali alla data del 01.01.2022;
- le prestazioni di screening oncologico;
- le prestazioni ambulatoriali sospese alla data del 01.01.2022.

Con riferimento al governo delle liste d'attesa la strategia di contenimento tiene conto di quanto evidenziato dalla RAS, ossia che è ormai ampiamente dimostrato che il metodo dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso un incremento dell'offerta non sia efficace, considerato che la domanda cresce proporzionalmente rispetto all'offerta.

A questo punto, pare opportuno delineare i dati relativi all'assistenza ospedaliera e distrettuale erogata nell'ultimo triennio, all'incidenza della pandemia sulla stessa e le misure volte al recupero delle liste d'attesa settore per settore.

2.2.3.1 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Si riportano di seguito i dati relativi ai ricoveri in day hospital dell'ultimo triennio, con riferimento ai dimessi, le giornate di permanenza e il valore economico del servizio reso, distinti per Struttura.

Unità Operativa	2019			2020			2021		
	Dimessi	Giornate	Valore	Dimessi	Giornate	Valore	Dimessi	Giornate	Valore
Ostetricia e Ginecologia	198	221	€ 234.802,77	238	268	€ 297.898,87	267	293	€ 376.389,43
Medicina Generale	204	2.800	€ 788.656,96	180	1.647	€ 464.352,12	149	1.295	€ 366.317,65
Cardiologia e UTIC	135	162	€ 131.889,43	97	115	€ 81.540,35	153	168	€ 170.216,44
Oncologia	325	4.000	€ 1.357.190,68	329	4.342	€ 1.474.744,59	334	4.211	€ 1.443.030,98
Chirurgia Generale	194	338	€ 306.595,62	152	272	€ 211.082,91	130	236	€ 216.331,12
Ortopedia e Traumatologia	129	273	€ 178.537,71	48	86	78.043,91	70	112	€ 105.751,75
Urologia	171	455	157.028,90	123	306	€ 133.075,97	147	346	€ 153.145,30
TOTALE	1.356	8.249	€ 3.154.702,07	1.167	7.036	€ 2740.738,72	1.250	6.662	€ 2.831.466,20

FONTE: ABACO

Di seguito, i dati relativi alle degenze ordinarie dell'ultimo triennio:

Unità Operativa	2019			2020			2021		
	Dimessi	Giornate	Valore	Dimessi	Giornate	Valore	Dimessi	Giornate	Valore
Ostetricia e Ginecologia	827	3.361	€ 1.382.319,70	710	2527	1.317.678,25	695	2.623	€ 1.337.919,90
Medicina Generale	1.940	14.660	€ 5.250.851,38	1.410	10.652	€ 3.849.848,49	1.660	12.243	€ 4.556.816,99
Cardiologia e UTIC	600	3.228	€ 1.910.761,53	518	2.428	€ 1.691.303,70	509	2841	€ 1.707.546,78
Nido	357	1.163	€ 306.981,02	413	1123	€ 368.418,98	414	1.212	€ 402.233,16
Chirurgia Generale	975	6679	€ 2.778.692,33	785	5.650	€ 2.206.749,60	879	5.698	€ 2.226.760,91
Ortopedia e Traumatolog	842	6815	3330152,60	644	6.680	€ 2.935.248,7	660	6.897	€ 2.929.490,6

ia						1			9
Urologia	279	1364	€ 709.956,97	290	1.553	€ 852.992,15	297	1.423	884.942,84
Terapia Intensiva	63	860	€ 577473,39	58	799	€ 669.701,45	47	686	€ 385.527,07
TOTALE	5883	38.130	€ 16.247.188,92	4828	31412	€ 13.891.941,33	5161	33.623	€ 14.431.238,34

FONTE: ABACO

Si indicano, inoltre, i dati relativi alla degenza media:

Stabilimento	Disciplina*	2021				2020			
		Degenza Media	DH	DO	Di cui COVID	Degenza Media	DH	DO	Di cui COVID
P.O. N. S. DI BONARIA – SAN GAVINO MONREALE	A6SGAC0002 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,77	267	695	1	3,56	238	710	
	A6SGAC0103 - MEDICINA GENERALE	7,38	149	1.660	13,75	7,55	180	1.410	35
	A6SGAC0201 - CARDIOLOGIA E UTIC	5,58	153	509		4,69	97	518	
	A6SGAC05 - ONCOLOGIA		334	/			329	/	
	A6SGAC0401 - PEDIATRIA NIDO	2,93	/	414		2,72	/	413	
	A6SGAC0602 - CHIRURGIA GENERALE	6,48	130	879		7,20	152	785	
	A6SGAC0702 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10,45	70	660	35	10,37	48	644	0
	A6SGAC0902 - UROLOGIA	4,79	147	297		5,36	123	290	
	ARIO60101 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	14,60	/	47		13,78	/	58	

Stabilimento	Voce	Consuntivo 2020 Mesi:	Consuntivo 2021 Mesi:	Diff.
P.O. N. S. DI BONARIA – SAN GAVINO	RO - Posti Letto Anagrafe (media mese)	164%	161,48%	-2,52%
	DH - Posti Letto Anagrafe (media mese)	18%	18%	0
	Occupazione PL DH	153,3%	145,7%	-7,6%
	Occupazione PL RO	51,0%	55,2%	4,2%
	RO - Turn Over	5,98%	5,05%	-0,93%

MONREALE	RO - Indice di rotazione	29,99%	32,36%	2,37%
	Degenza media	6,42%	6,44%	0,02%
	Giorni DegMediaPreoperatoria	2,33%	2,19%	-0,14%
	RO - Giornate presenza	30,615%	32,551%	1,936

Nel corso dell'anno 2020 si è verificata una riduzione del numero dei ricoveri, che hanno subito un lieve incremento nel 2021, ma non hanno comunque raggiunto i livelli pre-Covid.

Ciò è dovuto soprattutto alla sospensione dell'attività chirurgica programmata, avvenuta in ottemperanza alle circolari del Ministero della Salute prott. nn. 2627 del 01.03.2020 e 7865 del 25.03.2020.

Al fine di recuperare le prestazioni in lista d'attesa e, al contempo, assicurare l'equità di accesso, la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni ha assunto un ruolo fondamentale l'applicativo SISAR Liste d'attesa. Attraverso tale programma, i pazienti sono stati suddivisi per classe di complessità di DRG e priorità ed è stato così definito un crono programma.

Si prevede, quindi, di recuperare le sedute operatorie attraverso il ricorso a nuove assunzioni, riallocazione di personale e il ricorso alle prestazioni aggiuntive

In riferimento all'attività ospedaliera, si riportano gli indicatori di esito:

Interventi chirurgici tumore colon retto Priorità A

Fonte dati: ABACO

Struttura	2020			2021			Delta 2021-2020		
	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	Indicatore
P.O. N. S. DI BONARIA – SAN GAVINO MONREALE	7	7	100	7	8	87,5%	0	1	-12,5%

Interventi tumore mammella Priorità A - Strutture ospedaliere pubbliche

Fonte dati: ABACO

Struttura	2020			2021			Delta 2021-2020		
	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	Indicatore
P.O. N. S. DI BONARIA – SAN GAVINO MONREALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni

Fonte dati: 3M 360

Struttura	2021				2020				Delta 2021-2020
	Num	Dimessi trattati con PTCA	Den	Indicatore	Num	Dimessi trattati con PTCA	Den	Indicatore	Indicatore
P.O. N. S. DI BONARIA – SAN GAVINO MONREALE	0	0	71	0%	0	0	207	0%	0%

Numero di fratture del femore operate entro 2 giorni a pazienti over 65

Fonte dati: 3M 360

Struttura	2021			2020			Delta 2021-2020
	Num	Den	Indicatore	Num	Den	Indicatore	Indicatore
P.O. N. S. DI BONARIA – SAN GAVINO MONREALE	41	202	20,30%	177	478	37,03%	-45,18%

Percentuale parti cesarei primari (PCP)

Fonte dati: 3M 360

Struttura	2021			2020			2021-2020		
	Totale dimessi PCP	Totale dimessi	Indicatore	Totale dimessi PCP	Totale dimessi	Indicatore	Delta Numeratore	Delta Denominatore	Delta Indicatore
P.O. N. S. DI BONARIA – SAN GAVINO MONREALE	55	350	16%	184	836	22%	129	486	26,54%

Colectomia laparoscopica: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Fonte dati: 3M 360

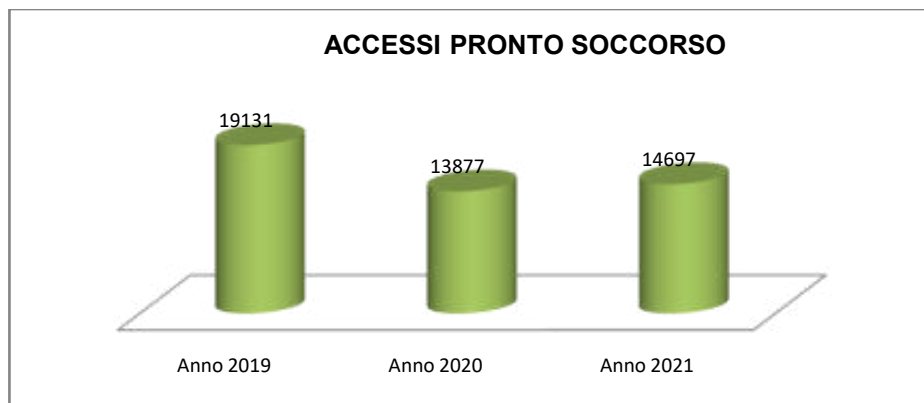
Struttura	2021			2020			Delta		
	Num	Den	Proporzion e	Num	Den	Proporzion e	Num	Den	Proporzion e
P.O. N. S. DI BONARIA – SAN GAVINO MONREALE	16	26	61,53%	49	59	83,05%	-33	-33	-21,52%

2.2.3.2 GLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

Per quanto concerne gli accessi in Pronto Soccorso, gli stessi hanno subito una riduzione durante la prima fase pandemica, documentata in tutto il mondo, ma non hanno tuttora registrato i livelli pre-pandemia

E' opportuno precisare che la chiusura del P.O. Marino di Cagliari e la conversione del P.O. SS. Trinità in ospedale Covid, ha determinato il dirottamento di varie urgenze, in particolare di carattere ortopedico, presso il P.O. di San Gavino Monreale.

Si riportano di seguito i dati relativi agli accessi al Pronto Soccorso registrati nell'ultimo triennio:



Fonte ABACO

2.2.3.3 L'ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISTRETTUALE E OSPEDALIERA

Per quanto concerne l'attività ambulatoriale pubblica, i dati del 2021 mostrano una ripresa dell'attività, che ha quasi raggiunto, in alcune branche, i livelli precedenti al 2020.

E' necessario precisare che l'attività ambulatoriale avviene in sicurezza, nel rispetto dei protocolli covid che comportano un aumento dei tempi d'attesa, in quanto è opportuno evitare gli assembramenti nelle sale d'aspetto ed è necessario igienizzare gli ambulatori tra una visita al paziente e l'altra.

Si riporta di seguito il numero delle prestazioni erogate per branca da parte delle Strutture pubbliche (il P.O. N.S. di Bonaria e gli ambulatori distrettuali) relativi all'ultimo triennio, aggiornati al 31 dicembre di ciascun anno.

STRUTTURE PUBBLICHE	PRESTAZIONI EROGATE		
	2019	2020	2021
BRANCA			
01 - Anestesia	853	368	464
02 - Cardiologia	30060	19757	23641
03 - Chirurgia Generale	1511	1053	1095
04 - Chirurgia Plastica	1315	718	1163
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	916	465	343
06 - Dermosifilopatia	1287	850	1057
08 - Diagnostica per immagini: Radiologia Diagnostica	16972	9342	10827
09 - Endocrinologia	2389	1325	822
10 - Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	5424	2316	1986
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche	353727	140382	362951
12 - Medicina Fisica e Riabilitazione - Recupero e Riabilitazione Funzionale	16994	11529	16345

13 - Nefrologia	13059	11960	12880
14 - Neurochirurgia	130	31	28
15 - Neurologia	4830	2661	3938
16 - Oculistica	15122	8064	10928
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	5998	1122	/
18 - Oncologia	156	136	126
19 - Ortopedia e Traumatologia	3049	1286	1757
20 - Ostetricia e Ginecologia	3686	2475	3195
21 - Otorinolaringoiatria	4662	3185	3532
22 - Pneumologia	2479	1077	973
23 - Psichiatria	139	103	161
25 - Urologia	1089	1023	1081
26 - Altre prestazioni	73559	43439	51718
Totale	559406	264667	511011

FONTE: ABACO

Al fine di garantire lo svolgimento delle prestazioni entro i tempi previsti dal PNGLA 2019-2021, appare doveroso consolidare la strategia regionale secondo la quale è opportuno sperimentare e implementare modalità basate sulla selezione delle priorità, nelle quali un ruolo centrale è occupato dalla stretta collaborazione tra medici di medicina generale e medici erogatori delle prestazioni sanitarie. In particolare, l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio, da parte del cittadino, si realizza nel rispetto del modello RAO e quindi, con l'inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui.

L'obiettivo generale è quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediante accessi differenziati, secondo le nuove modalità e procedure fissate dalla normativa vigente per prevenire e contenere i contagi da Covid 19. In tal modo (in quest'ottica), vengono definiti i volumi di attività per ogni prestazione in ciascuna classe di priorità: la razionalizzazione della domanda di prestazioni rappresenta un passaggio fondamentale affinché l'offerta dei servizi sia quanto più rispondente ai bisogni della popolazione residente e ai criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa.

Al fine di recuperare le prestazioni sospese e soddisfare la richiesta crescente nel corso del 2022, all'interno del Piano aziendale sono state individuate le seguenti prestazioni da garantire prioritariamente:

- Effettuazione delle prime visite entro i tempi stabiliti dal PNGLA 2019-2021 e recupero delle prime visite per cui tali tempi sono stati oltrepassati;
- Prestazioni in favore di pazienti oncologici con codice di esenzione 048 da effettuarsi antecedentemente alla somministrazione di farmaci chemioterapici e per il monitoraggio dell'evoluzione della patologia;
- Prestazioni di gastroenterologia e diagnostica per immagini nell'ambito degli screening oncologici;
- Visite di controllo con qualsiasi codice di esenzione;
- Visite di pneumologia per soddisfare l'aumento di richiesta dovuta alle conseguenze a breve e a lungo termine dell'infezione da Covid-19.

Le prime visite oncologiche sono state finora assicurate entro i tempi previsti.

Il recupero delle liste d'attesa nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali avverrà attraverso il ricorso alle prestazioni aggiuntive e l'incremento delle ore di specialistica ambulatoriale.

Diverse prestazioni vengono garantite da parte delle strutture private accreditate, che si elencano di seguito:

CODICE STRUTTURA	STRUTTURA	BRANCA
060004	SANITAS SRL DI SABRINA UCCHEDDU & C. – VIA MURAGLIA 104, SANLURI	RIABILITAZIONE
060005	SAFELAB - LABORATORIO ANALISI C.D.M. S.R.L. – VIALE DELLA RINASCITA, SANLURI	LABORATORIO ANALISI
060007	ST. DENTISTICO DR MAURO CANARGIU – VIA ROMA 38, SAN GAVINO MONREALE	ODONTOSTOMATOLOGIA
060009	GB SERVICES 2018 SRL - TO SMILE – VIA UMBERTO I° 60A, SARDARA	ODONTOSTOMATOLOGIA
060010	CENTRO ODONTOIATRICO LA CASA DEL SORRISO DEL DOTT PIETRO FLORIS SRL – VIA UMBERTO I°, SARDARA	ODONTOSTOMATOLOGIA
080053	PILIMAR - VIA ROMA 17, VILLACIDRO	CARDIOLOGIA
101100	LABORATORIO ANALISI CHIM-BIOLOGICHE CONCAS – VIA STAZIONE 5, VILLACIDRO	LABORATORIO ANALISI
101400	LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA DI MULAS FRANCESCA SAS – VALE RINASCITA 83, SAN GAVINO MONREALE	LABORATORIO ANALISI
101500	STUDIO RADIOLOGICO DOTTORI F.E M. TOCCO SAS – VIA CONVENTO 32, SAN GAVINO MONREALE	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
101600	CDR DI FLORIS – VIA CAVOUR 50, GUSPINI	RIABILITAZIONE
101700	TERME DI SARDARA – LOC. SANTA MARIA ACQUAS	CURE TERMALI
101800	STUDIO CARDIOLOGICO DR. MASCIA GIUSEPPE – VIA SANTA CROCE 6, SAN GAVINO MONREALE	CARDIOLOGIA
101900	STUDIO RADIOLOGICO DOTTORI F.E.M. TOCCO SAS – VIA ALESSANDRIA, GUSPINI	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
102300	CENTRO FISIOTERAPICO VILLACIDRESE 'S. RITA' – VIA PORRINO 54, VILLACIDRO	RIABILITAZIONE
200700	STUDIO DENTISTICO SPECIALISTICO DEL DOTT. BERNARDINI E C. S.A.S – VIA LUIGI GARAU 88, SANLURI	ODONTOSTOMATOLOGIA
200800	DR. PULIXI SEVERO SALVATORE ENNIO – PIAZZA MARTIRI 7, SERRAMANNA	ODONTOSTOMATOLOGIA
200900	DR. GIUSEPPE ANTONIO CICCÙ – VIA SILVIO PELLICO 17, SERRAMANNA	OCULISTICA
201301	L.A.C.S. SRL – VIALE MATTEOTTI SNC, SANLURI	LABORATORIO ANALISI
201400	ISTITUTO DI RADIOLOGIA ED ECOGRAFIA PAOLO DERIU S.R.L. - DIAGNOSTICA	DIAGNOSTICA PER

CODICE STRUTTURA	STRUTTURA	BRANCA
	TRADIZIONALE – VIA CARLO FELICE 65, SANLURI	IMMAGINI
	ISTITUTO DI RADIOLOGIA ED ECOGRAFIA PAOLO DERIU S.R.L. - RISONANZA MAGNETICA– VIA CARLO FELICE 65, SANLURI	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
201600	CENTRO FKT DI ZANNOL LILIANA – VIA ROMAGNA 61, VILLAMAR	RIABILITAZIONE
201900	LABORATORIO DI ANALISI R.C.C.F. SRL – VIALE UMBERTO 85, BARUMINI	LABORATORIO ANALISI
202700	CSU FISIOMED SRL – VIALE TRIESTE 91, SANLURI	RIABILITAZIONE

Si riportano di seguito il numero di prestazioni erogate per branca da parte di tali soggetti nel corso dell'ultimo triennio:

BRANCA	PRESTAZIONI EROGATE		
	2019	2020	2021
01 - Anestesia	/	/	2159
02 - Cardiologia	7250	5964	6028
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	/	/	1801
08 - Diagnostica per immagini: Radiologia Diagnostica	35401	30388	42375
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche	286469	237482	263402
12 - Medicina Fisica e Riabilitazione - Recupero e Riabilitazione Funzionale	123849	104764	127844
16 - Oculistica	3110	2067	2328
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	24897	23400	25266
20 - Ostetricia e Ginecologia	1	1	
26 - Altre prestazioni		28	244
Totale	480977	404094	471447

FONTE: ABACO

Tali Strutture garantiscono l'esecuzione di numerose prestazioni, soprattutto negli ambiti della Diagnostica per Immagini, Riabilitazione, Odontostomatologia e Laboratorio analisi.

All'interno del Piano di recupero delle liste d'attesa aziendale è previsto, nel rispetto della DRG n.3 / 4 del 27.01.2022 e della nota ARES prot. PG/2022/19943 del 07.03.2022, il ricorso alla committenza privata per l'incremento dell'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per un importo pari a € 75.065,49.

Si riportano di seguito i dati relativi all'attività ambulatoriale svolta nell'ultimo triennio in ambito pubblico e privato:

Anno	2019		2020		2021		
	Tipo di struttura	Prestazioni erogate	Valore	Prestazioni erogate	Valore	Prestazioni erogate	Valore
Pubblico		496.490	€ 7.292.353,78	216.451	€ 4.460.449,90	472.938	€ 6.053.896,07
Privato		480.977	€ 4.161.490,78	404.094	€ 3.631.123,80	471.447	5.088.281,68

FONTE: ABACO

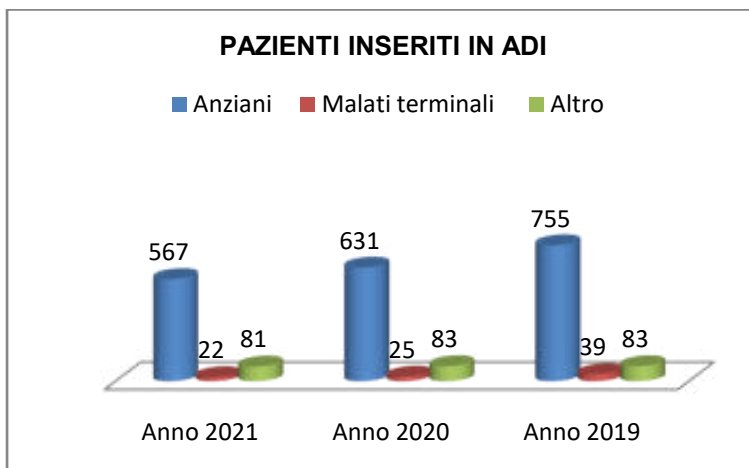
2.2.3.4 L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è un servizio che viene garantito da parte del Distretto e si svolge direttamente presso l'abitazione del paziente, evitando così il ricovero in ospedale. Si tratta di un lavoro di équipe, costituito da attività mediche, infermieristiche e riabilitative.

Tale servizio è dedicato ai seguenti soggetti:

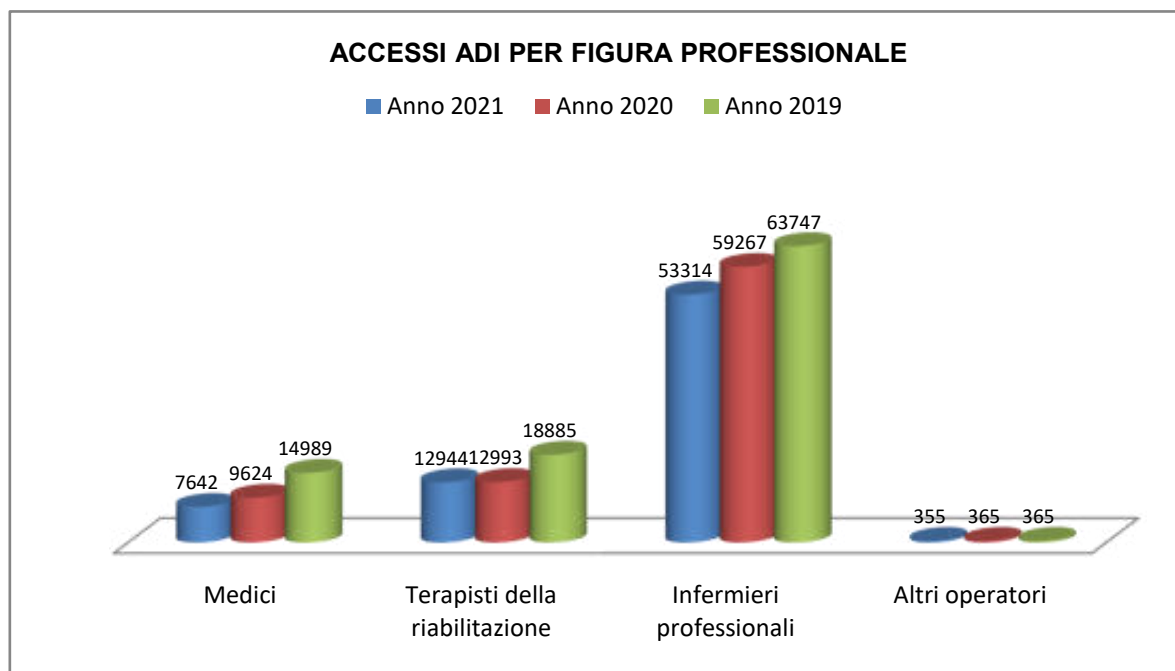
- Persone nella fase terminale della vita;
- Persone con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, Distrofia Muscolare, ecc.);
- Persone in fase avanzata e complicata di malattia cronica;
- Persone con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- Persone con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- Persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

Come si evince dal grafico sotto riportato, i principali destinatari del servizio sono gli anziani; il numero dei casi trattati ha subito un decremento nel corso del triennio.



FONTE: ABACO

Si tratta di un'attività che coinvolge maggiormente gli Infermieri professionali, che rappresentano la categoria che effettua il maggior numero di accessi.



FONTE: ABACO

2.2.4 IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è stato introdotto dal D.Lgs. n. 229 del 31.07.1999, che lo definisce come la struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, individuando e rimuovendo le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, in stretta collaborazione con i Distretti.

Le funzioni del Dipartimento di prevenzione sono le seguenti:

- a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d) 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;
- e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale;

- g) medicina legale;
 h) medicina dello sport.

Il dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronicodegenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Una volta che entrerà a regime la riforma sanitaria, verrà istituito il Dipartimento di Prevenzione della ASL n. 6 del Medio Campidano.

La Riforma sanitaria non ha previsto, all'interno dell'Azienda, l'istituzione di un Dipartimento di prevenzione veterinario, istituito in via sperimentale esclusivamente nelle ASL di Sassari e Gallura, per cui il Dipartimento di prevenzione si occuperà altresì di: Sanità animale, Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto di alimenti di origine animale e derivati; Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche; attività di interesse veterinario.

Nelle more dell'attuazione della Riforma, la ASL di Cagliari assicurerà la gestione interaziendale dei servizi del Dipartimento di Prevenzione afferenti alla ASL Medio Campidano, come previsto nella DGR n. 36/47 del 31.08.2021).

Si riportano di seguito i dati relativi all'attività svolta nell'ultimo triennio:

Anno	Lavoratori controllati	Di cui apprendisti minori	Indagini per infortuni	Indagini per malattie professionali	Aziende interessate da atti autorizzativi, esami progetti e notifiche	Aziende coinvolte in interventi di vigilanza e polizia giudiziaria	Indagini epidemiologiche effettuate in seguito al riscontro malattie infettive	Studi su malattie cronico degenerative	Campagne di screening	Residenti età 24 mesi vaccinati	Pareri richiesti edilizia civile	Pareri espressi edilizia civile
2019	432	/	3	77	487	299	248	/	3	517	800	800
2020	391	/	5	151	346	195	1509	/	/	471	/	510
2021	435	/	6	145	459	462	2750	/	/	426	49	49

FONTE: Modello FLS18

Dai dati sopra riportati emerge che l'attività di screening ha subito un arresto.

All'interno del Piano di recupero delle Liste d'attesa aziendale è previsto un recupero delle prestazioni non erogate, stimate facendo riferimento al gestionale degli screening oncologici nell'ambito dello screening della cervice uterina, della mammella e del colon. Si provvederà al recupero attraverso il ricorso alle prestazioni aggiuntive e, per quanto riguarda l'attività di citolettura e preparazione dei campioni, l'assunzione di nuove unità di Personale da destinare al Servizio di Anatomia Patologica.

2.2.5 IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

L'art. 37 della Legge regionale n. 24/2020 prevede l'istituzione, presso ogni Azienda sanitaria del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), stabilendo, al contempo, all'art. 16 che i dipartimenti possano essere istituiti a livello aziendale o interaziendale, sulla base degli indirizzi regionali.

Durante la fase transitoria verrà mantenuta l'attuale organizzazione, secondo il modello interaziendale, al fine di assicurare l'uniformità dei processi gestionali e organizzativi, le corrette prassi amministrative, l'unitarietà dei percorsi clinico-organizzativi e la gestione dei progetti aziendali.

Attualmente, la ASL Medio Campidano fa parte del Dipartimento Zona Sud.

Il Dipartimento di Salute Mentale è costituito dall'insieme delle strutture e dei servizi che si occupano di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze, collabora con la Direzione Sanitaria aziendale e il Distretto nell'individuare le esigenze di salute della popolazione e col Servizio di Committenza aziendale al fine di definire il fabbisogno da soddisfare attraverso i privati accreditati.

All'interno del Dipartimento si compie l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, assistenza di carattere ambulatoriale e residenziale/semiresidenziale.

Si caratterizza, inoltre, per una particolare collaborazione con il Terzo Settore ai fini della realizzazione di progetti integrati socio-sanitari.

Il DSM è composto dai seguenti servizi:

- Centri di Salute Mentale (CSM), che coordinano gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche si occupano di assistenza diurna;
- Centri Diurni (CD), che erogano servizi semiresidenziali e assolvono a funzioni terapeutico-riabilitative personalizzate;
- Strutture residenziali (SR) di tipo terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo, destinate a cittadini con disagio psichiatrico con un programma personalizzato stilato dal CSM;
- Servizi ospedalieri, ossia i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), in cui vengono erogati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori e i Day Hospital (DH), in cui si effettuano trattamenti farmacologici, accertamenti diagnostici e sono volti a ridurre i ricoveri;
- Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- Dipendenze patologiche.

Il DSM elabora e gestisce programmi di cura specifici per diagnosi (es. autismo, anoressia) e condizione di fragilità (es. pazienti psichiatrici in uscita dal Servizio penitenziario).

I Centri Diurni e le Strutture Residenziali possono essere gestiti da parte del DSM o da parte di

privati, che operano in regime di convenzione.

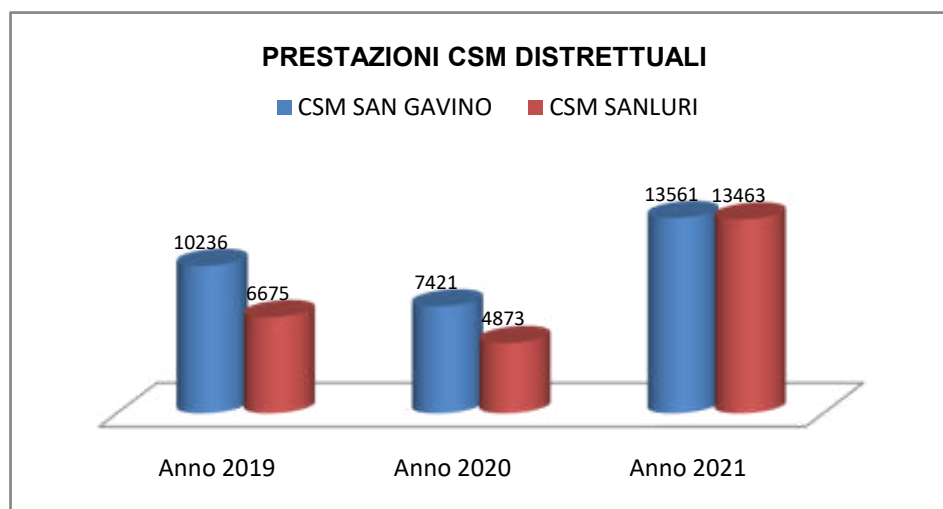
Nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda operano le seguenti Strutture pubbliche:

- Centro di Salute Mentale - sede di Sanluri;
- Centro di Salute Mentale - sede di San Gavino;
- RSA Capoterra;
- SERD – sede Guspini;
- Ambulatorio Gioco Azzardo Patologico (GAP) – sedi Guspini e Serramanna;
- Ambulatorio Alcolologico – sede Serramanna;
- U.O. Neuropsichiatria Infantile – Sanluri;
- U.O. Neuropsichiatria Infantile – San Gavino Monreale.

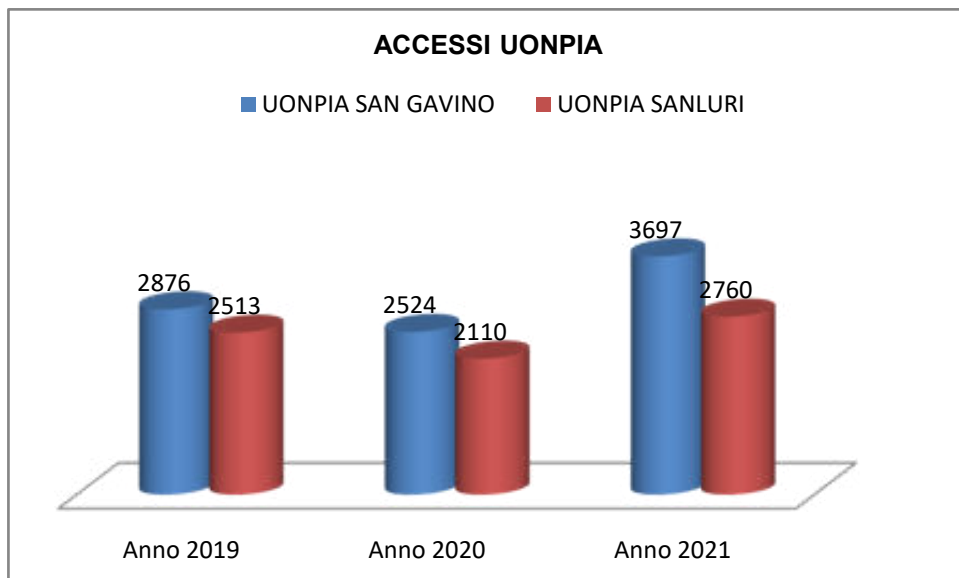
E le seguenti Strutture private convenzionate:

- Comunità Psichiatrica “San Michele” – Serramanna;
- Comunità Terapeutica “San Michele” – Serramanna;
- Casa Famiglia Psichiatrica – Serramanna;
- Comunità Psichiatrica “Betania” – Guspini;
- Comunità Protetta “Betania”- Guspini;
- Casa Famiglia Psichiatrica – Guspini;
- Centro Pronto accoglienza “Il Salvatore” – Villacidro;
- Centro Diurno – San Gavino Monreale.

Di seguito si rappresentano i dati relativi alle Strutture pubbliche sul territorio.



FONTE: MODELLO MINISTERIALE STS.21



FONTE: MODELLO MINISTERIALE RIA 11

La Legge regionale n. 24/2020 prevede l'istituzione, in via sperimentale, dei Dipartimenti di Psicologia delle Cure primarie, secondo un'organizzazione su due livelli:

- Livello di base o di assistenza primaria, all'interno del distretto, caratterizzato dalla prossimità dei servizi ai singoli e alla comunità, sulle attività di prevenzione e promozione della salute bio-psico-sociale, la diagnosi precoce e l'indirizzamento ai servizi competenti;
- Livello specialistico o di assistenza secondaria, erogato da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale, in costante collaborazione con il livello di base.

Tali livelli operano all'interno di una rete, finalizzata all'integrazione dei servizi e alla valorizzazione degli individui, costituita da:

- Strutture territoriali, quali i consultori famigliari, i servizi distrettuali di riabilitazione, cure domiciliari e palliative;
- Strutture ospedaliere intra ed extra aziendali di Neurologia, Psichiatria, Neuropsichiatria, Riabilitazione e Geriatria;
- Strutture del sistema extra-sanitario, quali le istituzioni del sociale, della scuola e del lavoro.

All'interno del sistema descritto, la Psicologia di Cure Primarie e i Dipartimenti di Salute Mentale rappresentano i propulsori della rete, che promuovono e tutelano la salute mentale in ogni ambito di vita.

La figura dello psicologo delle Cure primarie è in fase di istituzione a livello nazionale e attualmente, verranno impiegati in tale settore gli specialisti in Psicologia della Salute.

2.2.6 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance, così come definito nella Delibera ANAC n. 112/2020, è una mappa logica che rappresenta i legami fra missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani d'azione dell'Amministrazione.

La **mission aziendale** è la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale

Le **aree strategiche di risultato**, individuate dalla RAS con DGR n. 14/30 del 29/04/2022, sono le seguenti:

- Area della Sanità pubblica e della Promozione della salute umana;
- Area della Qualità e governo clinico;
- Area della Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;
- Area del Mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR;
- Area della Razionalizzazione e contenimento della spesa;
- Area di della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione
- Area della Riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare;
- Area di performance della Gestione amministrativo-contabile.

Alla data dell'adozione del presente documento, le azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione delle Performance che l'azienda ritiene utile porre in essere riguardano, innanzitutto, l'adeguamento a quanto disposto dal decreto legislativo 150/2009 e s.m.i, nonché dai provvedimenti ulteriori che si renderanno necessari nell'ottica di garantire la massima trasparenza.

In particolare l'azienda ritiene efficace consolidare tutte le azioni finalizzate alla:

- responsabilizzazione degli operatori attraverso l'attribuzione degli obiettivi strategici e operativi, e delegando agli stessi tutti gli adempimenti da porre in essere al fine di garantire il pieno coinvolgimento di tutto il personale dirigenziale e di comparto;
- garanzia di un corretto utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- definizione di un adeguato Sistema di Reporting che controlla costantemente la programmazione fatta ed è in grado di intervenire tempestivamente;
- perfezionamento del sistema informativo di contabilità analitica al fine di assicurare l'accuratezza e la tempestiva disponibilità dei dati necessari al calcolo degli indicatori quali condizioni necessarie alla realizzazione del monitoraggio degli stessi nel corso dell'esercizio di riferimento e di conseguenza garantire la possibilità di apportare eventuali correttivi;

- implementazione di una piattaforma software che consenta la rilevazione del gradimento degli utenti esterni che usufruiscono dei servizi delle strutture della ASL di Sanluri e degli utenti interni in relazione ai servizi strumentali e di supporto erogati.

Si indicano di seguito gli obiettivi strategici annuali, suddivisi per Area, individuati dalla RAS con DGR nn. 14/28 e 14/30 del 29/04/2022.

Gli obiettivi verranno ulteriormente dettagliati in obiettivi di Budget, a seguito di un percorso condiviso che coinvolgerà le varie Strutture aziendali.

- Area performance: Area di performance della Sanità pubblica e della Promozione della salute umana
 Dimensione: utente

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	BASELINE	TARGET
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Dipartimento di Prevenzione	screening cervicale 29,4%; screening coloretale 14,9%; screening mammografico 25,1%.	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 30%; screening coloretale: tasso di adesione reale ≥15%; screening mammografico ≥ 25%
Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025) in ogni sede SpreSAL	Numeratore: numero di PMP attivati da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL	Dipartimento di Prevenzione-SpreSAL	100% (= 8/8 x 100)	100% (= 8/8 x 100)
Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	Dipartimento di Prevenzione		80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	RENCAM		80%

- Area performance: Area della Qualità e governo clinico
 Dimensione: utente

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	BASELINE	TARGET
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	SIRMES		>= 20 segnalazioni >= 2 audit

- Area performance: Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
 Dimensione: Processi interni

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	BASELINE	TARGET
Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento della qualifica al 31/12/2022	Dipartimento di prevenzione		a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC; il tasso di incidenza dello b) stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 % = 20 segnalazioni >= 2 audit

- Area performance: Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR
 Dimensione: Utente

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	BASELINE	TARGET
Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP/totale prestazioni erogate ricadenti nel PRGLA*100 Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata/prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP*100	CUP ABACO		Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata

Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso.	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno			100%
Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici	Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021. • Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3	Delibera di approvazione		2/2
Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	U.O. Anestesia e Rianimazione		MEDIO CAMPIDANO ≥ 15%
Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM).	Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA	Delibera di approvazione		1/1

- Area performance: Area della razionalizzazione e contenimento della spesa
 Dimensione: Processi interni

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	BASELINE	TARGET
Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Bilancio		Ricavi = costi

- Area performance: Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare
 Dimensione: Processi interni

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	BASELINE	TARGET
Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target imposti dai provvedimenti di rango nazionale			Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022

- Area performance: Area della gestione amministrativo-contabile
 Dimensione: Processi interni

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	BASELINE	TARGET
Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR34/23 del 2015.	Delibera di approvazione		Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/22
Approvazione dell'Atto aziendale	Approvazione entro i termini stabiliti dalla normativa regionale (Legge 24/2020)	Delibera di approvazione		Approvazione atto aziendale entro i termini stabiliti
Avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.	Attivazione della funzione			Recepimento con atto formale, entro il 31/12/2022, degli indirizzi impartiti dalla Giunta regionale e avvio della funzione.

- Area performance: Qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione
 Dimensione: Processi interni

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	BASELINE	TARGET
Trasparenza (obblighi di pubblicazione)	Pubblicazione e aggiornamento, in apposita sezione del sito internet istituzionale, dei criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi	Sito internet aziendale- sez. Amministrazione Trasparente		Aggiornamento trimestrale

	effettivi di attesa delle prestazione erogata			
Trasparenza (obblighi di pubblicazione)	Misurazione e pubblicazione nel proprio sito internet istituzionale dei tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese. Si richiede, inoltre, la comparazione con i termini previsti dalla normativa vigente	Sito internet aziendale- sez. Amministrazione Trasparente		Aggiornamento trimestrale

- Area performance: Pagamento dei debiti commerciali
 Dimensione: Processi interni

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	BASELINE	TARGET
Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	AREAS		Numero 0 giornate di ritardo

2.2.7 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La performance è intesa come il contributo che le varie componenti organizzative (individui, gruppi di individui, unità organizzative, ente nel suo complesso) apportano attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'azienda sanitaria e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

La performance organizzativa è la risultante del grado di raggiungimento degli obiettivi dell'azienda nel suo complesso rispetto alla missione aziendale e del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget negoziati tra la Direzione Aziendale ed i Direttori delle diverse articolazioni organizzative dell'ATS.

La misurazione della performance organizzativa è intesa come quel complesso di azioni e strumenti volti a misurare e, cioè, a quantificare tutte le dimensioni della performance necessarie a migliorare e rendere più razionali i processi decisionali e più trasparente la rendicontazione.

Nell'azienda sanitaria tale attività è considerata come un presupposto indispensabile per una

compiuta valutazione delle performance sia organizzative che individuali.

La performance individuale è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nelle strutture dell'azienda.

Gli scopi prioritari della misurazione e della valutazione della performance individuale sono i seguenti:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende dalla singola persona, che agisce nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari vigenti, in termini di risultati e comportamenti;
- supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance;
- valorizzare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

Ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 150/2009, la valutazione individuale è legata alle seguenti dimensioni di valutazione e si differenzia a seconda del livello organizzativo occupato nell'azienda.

Le Dimensioni che compongono la performance individuale sono le seguenti:

- I risultati, riferiti agli obiettivi annuali inseriti Piano delle Performance;
- I comportamenti, ossia le azioni che l'individuo pone in essere per raggiungere i risultati, che attengono alle modalità con cui un'attività viene svolta da ciascuno all'interno azienda.

Per i dirigenti e responsabili di struttura la valutazione è legata:

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità e al quale è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva;
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- d) dalla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi;
- e) alla capacità di rispettare i tempi del ciclo della performance.

Per il restante personale la valutazione è legata:

- a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di

appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa saranno declinati a partire dalle attività definite in sede di programmazione annuale; quest'ultime saranno formalizzate nell'ambito del processo di budget attraverso l'assegnazione degli obiettivi a tutti i Direttori di struttura secondo le modalità definite nel Sistema di misurazione e valutazione della performance consentendo in tal modo di assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni.

2.2.8 IL MONITORAGGIO – LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI

Le recenti modifiche normative hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni e interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della performance organizzativa, richiedendo alle amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione.

Con la modifica del d.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, operata dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, il Legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione con riferimento al ciclo della performance.

In particolare, l'art. 7 delinea, al comma 2, lett. c), la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione declinandola su tre cardini fondamentali:

- sotto il profilo soggettivo, sono protagonisti dei processi valutativi sia i cittadini che gli "utenti finali" dei servizi resi dall'amministrazione. A tali categorie vanno aggiunti tutti gli altri portatori di interesse (cd. stakeholder) in qualsiasi modo direttamente o indirettamente interessati all'operato dell'amministrazione;
- sotto il profilo oggettivo, l'ambito della valutazione concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni di servizi delle pubbliche amministrazioni;
- sotto il profilo procedimentale, la partecipazione alla valutazione è coerentemente ricondotta all'ambito specifico "della performance organizzativa dell'amministrazione, secondo quanto stabilito dagli articoli 8 e 19-bis".

L'articolo 8 prevede che il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa (SMVP) concerne, in particolare:

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.

Il coinvolgimento di cittadini e utenti nel processo di valutazione della performance, oltre a rispondere al quadro normativo sopra delineato, è funzionale al perseguimento delle finalità intrinseche dei sistemi di valutazione delle prestazioni (performance management). Questi, infatti, non sono dei semplici sistemi informativi interni, ma puntano ad incidere su dimensioni quali l'impatto delle politiche e dei servizi pubblici sulla collettività e la fiducia dei cittadini nelle amministrazioni pubbliche. Attraverso tale coinvolgimento è possibile cogliere i vari significati e la differente rilevanza che i diversi utenti e stakeholder attribuiscono ai risultati conseguiti dall'azienda.

L'ASL Medio Campidano, sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), applica il modello di valutazione partecipativa; a tal fine promuove la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative, attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati dall'azienda sanitaria, focus group e tavoli tematici. L'azienda favorisce la convergenza fra i servizi erogati e i bisogni dell'utente sia nella fase di progettazione delle caratteristiche qualitative dei servizi erogati, sia in fase di misurazione e di valutazione della performance organizzativa. A tale scopo procede alla rilevazione della qualità dei servizi sanitari percepita dal cittadino, alla mappatura degli utenti esterni e interni individuando il collegamento con le attività, i processi e i progetti.

In considerazione delle difficoltà connesse alla progettazione e all'utilizzo di strumenti di valutazione partecipativa e del grado di maturità dell'azienda, le anzidette indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica saranno implementate in maniera graduale e in un arco temporale pari al triennio, secondo la scala di sviluppo di seguito riportata:

SCALA DI SVILUPPO DELLA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA				
REQUISITI		FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
CONTENUTISTICI	Esplicitazione del modello di valutazione partecipativa nel SMVP	X		
	Effetti del modello di valutazione partecipativa sulla performance organizzativa	X	X	X
	Annualità: La valutazione partecipativa viene effettuata con cadenza annuale			

METODOLOGICI	Inclusione: L'azienda sanitaria garantisce che la partecipazione al processo di valutazione sia il più possibile accessibile, inclusiva e aperta, assicurando la possibilità di partecipare a tutte le persone interessate		Definizione e classificazione di una mappa di stakeholder interessati agli obiettivi e all'attività dell'azienda. Definizione delle modalità di coinvolgimento nella valutazione partecipativa	Definizione e classificazione di una mappa di utenti interni che si avvalgono di servizi strumentali e di supporto dell'azienda e dei processi amministrativi. Definizione delle modalità di coinvolgimento nella valutazione partecipativa
	Responsabilizzazione: Il modello di valutazione nella fase sviluppo avanzato consentirà la riconoscibilità dei valutatori e, quindi la loro responsabilizzazione		X	
	Privacy e sicurezza: Il modello adottato garantisce il rispetto della privacy e della sicurezza per tutti i valutatori	X		
	Verificabilità : Il modello adottato consente la verificabilità dei dati da parte dell'OIV.	X		
	Rilevanza: Il modello adottato assicura che siano oggetto di valutazione partecipativa le attività e le prestazioni individuate nella fase di avvio		I servizi sanitari e gli eventi clinici di interesse sono i seguenti: - Accessi in Pronto Soccorso - Ricoveri Ospedalieri - Visite Ambulatoriali Accessi in Guardia Medica	X
TECNOLOGICI			Responsabilizzazione: Il modello di valutazione nella fase sviluppo avanzato consentirà la riconoscibilità dei valutatori e, quindi la loro responsabilizzazione	X
INFORMATIVI			Privacy e sicurezza: Il modello adottato garantisce il rispetto della privacy e della	X

		sicurezza per tutti i valutatori		
La X indica la fase nella quale il requisito sarà esplicitato nel Sistema di misurazione e valutazione della performance				

Con particolare riferimento alla rilevazione della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari, si specifica che gli eventi clinici di interesse per il momento sono i seguenti:

- Accessi in Pronto Soccorso
- Ricoveri Ospedalieri
- Visite Ambulatoriali
- Accessi in Guardia Medica

Il software adottato per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente per le prestazioni sanitarie ricevute dal paziente è perfettamente integrato con i sistemi SISAR (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB) che gestiscono tali processi.

Con il sistema adottato, i sistemi SISAR coinvolti (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB, generano per ciascun accesso un codice univoco all'interno del territorio regionale (token).

Questo codice verrà presentato (unitamente al link a cui collegarsi per effettuare il questionario di gradimento) all'interno delle stampe prodotte dagli applicativi e consegnate al paziente.

Nello specifico queste informazioni verranno inserite nelle seguenti stampe:

- Verbale di dimissione di Pronto Soccorso
- Lettera di dimissione di Ricovero
- Referto Prestazione Ambulatoriale
- Referto accesso in Guardia Medica

Per incentivare l'utilizzo del sistema da parte del paziente è stato aggiunto inoltre anche un QR code che contiene il link e il token generato in modo tale da accedere direttamente alla pagina dedicata tramite lettura da dispositivo mobile (smartphone, tablet, ecc).

I risultati di tali rilevazioni concorreranno alla definizione della percentuale di performance organizzativa delle strutture che erogano i servizi.

Un'apertura, in chiave partecipativa, della valutazione della performance organizzativa diventa quindi, così come specificato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, imprescindibile per tre diverse ragioni:

- per eliminare l'autoreferenzialità: la performance organizzativa non deve essere valutata nella sola ottica dell'azienda, ma anche secondo la prospettiva degli utenti, poiché la generazione di valore pubblico va osservata pure secondo la loro percezione e realizzata

con la loro partecipazione;

- per rafforzare i sistemi di gestione della performance: attraverso una maggiore coerenza tra le diverse dimensioni della performance organizzativa (efficienza, efficacia quantitativa e qualitativa, impatti) si favorisce la finalizzazione dei suddetti sistemi verso il miglioramento del livello di qualità dei servizi erogati e di benessere di cittadini ed utenti;
- per soddisfare i requisiti normativi minimi, di cui al decreto 150/2009 così come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74.

In tale contesto l'OIV, di prossima nomina, a norma di quanto disposto dall'art.19-bis, comma 5, verifica l'effettiva adozione del sistema di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini, di cui al comma 4, assicura la pubblicazione dei risultati in forma chiara e comprensibile e ne tiene conto ai fini della valutazione della performance organizzativa delle strutture dell'azienda e in particolare, ai fini della validazione della Relazione sulle performance di cui all'art.14, comma 4, lett.c.

L'OIV definisce le modalità attraverso le quali i cittadini e gli utenti dell'azienda sanitaria possono contribuire alla misurazione della performance organizzativa, stabilendo che le segnalazioni devono essere trasmesse per via telematica ad apposito indirizzo di posta elettronica. L'OIV verifica la disponibilità sul sito internet aziendale – sezione OIV delle seguenti informazioni:

- le modalità da seguire per la trasmissione di una segnalazione;
- il nome e i contatti dell'ufficio competente a ricevere la segnalazione;
- l'indirizzo di posta elettronica;
- un format di segnalazione che presenti i seguenti elementi: le generalità di chi fa la segnalazione, l'oggetto della segnalazione, la struttura organizzativa interessata, il periodo di riferimento, la descrizione sintetica dell'episodio di contatto con l'azienda sanitaria, la valutazione nel rispetto della normativa sulla privacy.

Si riporta di seguito il contenuto del Piano per la Prevenzione della corruzione e la trasparenza (PTCPT), adottato dalla ASL n. 6 del Medio Campidano con Delibera n. 146 del 29.04.2022.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

PARTE I: PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2.3.1 SOGGETTI DESTINATARI DEL PRESENTE PIANO

Sono tenuti al rispetto di quanto previsto dal presente Piano di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza:

- i dipendenti dell'Azienda ASL n. 6 del Medio Campidano, sia con rapporto esclusivo che non esclusivo;
- personale operante presso le strutture del SSN a qualunque titolo, compresi tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività assistenziale, anche in prova, inclusi i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati;
- i collaboratori e consulenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'ASL Medio Campidano;
- tutti i soggetti che a diverso titolo operano o accedono in Azienda;
- i soggetti che stipulano contratti o convenzioni con l'ASL Medio Campidano;

2.3.2 IL PERCHÈ DI QUESTO PIANO

Il presente documento rappresenta il primo Piano per la Prevenzione della Corruzione e per l'attuazione della Trasparenza dell'ASL n. 6 del Medio Campidano.

L'Azienda, infatti, nasce il 1 gennaio 2022 a seguito della riforma del Sistema Sanitario Regionale approvato con la Legge Regionale n. 24/2020.

Il Piano è l'atto attraverso il quale verranno individuate le strategie principali per la prevenzione ed il contrasto della corruzione intesa nel più ampio significato di cattiva amministrazione.

In considerazione della sua natura strategica il Piano non può essere visto come un'attività che si esaurisce con la sua compilazione ed approvazione, ma va inteso come un insieme di azioni e strumenti, finalizzati alla prevenzione, che vengono di volta in volta affinati, modificati o sostituiti in relazione al rischio corruttivo ed alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, ai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno e alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione o da

altri atti di indirizzo relativi a materie di competenza della Regione Sardegna competente in materia di programmazione sanitaria regionale.

Il Piano aziendale per la prevenzione della corruzione verrà integrato dal Piano per l'attuazione della trasparenza che rappresenta uno strumento per la prevenzione della corruzione.

L'ASL n. 6 del Medio Campidano, consapevole delle gravi conseguenze che i fenomeni corruttivi possono causare in termini di fiducia degli utenti-cittadini, intende impegnarsi proficuamente nel contrastare il fenomeno soprattutto con una azione preventiva e, per questo motivo il piano, come tutti gli strumenti che focalizzano la propria attenzione sul funzionamento dell'organizzazione, rappresenta occasione di miglioramento per il recupero della reputazione e fiducia, a maggior ragione per questa Azienda che, in quanto nuova Azienda ancora in fase di strutturazione sia organizzativa che di personale, può diventare modello ed esempio di buona pratica in materia di lotta alla corruzione e per la trasparenza.

2.3.3 CONTESTO INTERNO

2.3.3.1 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Attualmente l'organizzazione aziendale è caratterizzata dalle componenti strutturali previste dalla Legge Regionale n. 24 del 11 settembre 2020 e nelle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 36/47 del 31 agosto 2021, 49/74 del 17 dicembre 2021 e 12/15 del 7 aprile 2022 e rispettivi allegati.

Al momento non è ancora stato adottato l'Atto Aziendale e, pertanto, l'Azienda risulta strutturata, secondo quanto disposto dall'art. 10, commi 1 e 3 della Legge Regionale 24/2020, dal Direttore Generale, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 51/42 del 30/12/2021, coadiuvato dal Direttore Amministrativo f.f., nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 4 del 5 gennaio 2022 e dal Direttore Sanitario f.f., nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 5 del 5 gennaio 2022.

L'unica struttura amministrativa complessa operante in Azienda è la S.C. Ufficio di Staff.

Tale struttura, ereditata dalla precedente organizzazione amministrativa di ATS Sardegna, svolge le sue competenze in diversi ambiti dell'attività aziendale.

Essa, infatti abbraccia le attività più propriamente afferenti ad un servizio di Affari Generali, quali la pubblicazione atti, la gestione del protocollo informatico e l'attività di supporto tecnico amministrativo al Direttore Generale e altresì, attività quali gli acquisti, al momento entro la soglia di € 40.000,00, ha limitata competenza in materia di personale e al suo interno è collocata la SS Programmazione e controllo.

I limiti alle competenze discendono dall'organizzazione che l'organo politico ha impresso con la

Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020 in forza della quale sono delineate le competenze ed i limiti propri di ognuno degli attori del Sistema Sanitario Regionale.

In ogni caso, la riforma attuata con la sopra citata Legge Regionale prevede di affidare alle Aziende Sanitarie Locali la responsabilità dei processi assistenziali nei rispettivi territori di competenza e ad ARES di assicurare in maniera centralizzata le funzioni di supporto tecnico-amministrativo per tutte le aziende sanitarie di erogazione del sistema regionale.

Sotto il profilo dell'organizzazione sanitaria il modello è strutturato in tre macro articolazioni:

- a) Presidio Ospedaliero;
- b) Distretti socio sanitari, che nella ASL n. 6 sono due e costituiscono il momento di sintesi tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale;
- c) dipartimenti territoriali, quali il Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento di Prevenzione e ospedalieri, previsti nelle linee di indirizzo regionali per l'adozione dell'Atto aziendale.

2.3.3.2 L'ORGANIGRAMMA AZIENDALE

L'organigramma è il principale strumento, a livello macro, di formalizzazione della reale gerarchia organizzativa di una azienda. Esso è la rappresentazione grafica della struttura organizzativa finalizzato a rappresentare le strutture, e a descrivere sinteticamente funzioni, compiti e rapporti gerarchici esistenti nell'ambito di una determinata struttura organizzativa. Allo stato attuale l'organizzazione aziendale non è stata ancora compiutamente delineata e sarà pertanto successivamente aggiornata questa parte del Piano.

Si darà tuttavia conto del modello organizzativo delineato dalla vigente normativa Regionale.

Il modello organizzativo, delineato dalla Legge Regionale n. 24 del 11 settembre 2020 e dalle Deliberazioni della Giunta Regionale nn. 36/47 del 31 agosto 2021, 49/74 del 17 dicembre 2021 e 12/15 del 7 aprile 2022 **evidenzia la seguente articolazione:**

- Direzione aziendale (Direttore Generale; Direttore Sanitario; Direttore Amministrativo);
- Strutture e funzioni di staff della direzione aziendale: Collegio Sindacale, OIV, Collegio di Direzione, Consiglio delle Professioni sanitarie; Affari Generali, Trasparenza e Anticorruzione, Direttore Socio Sanitario;
- Tecnostruttura amministrativa: Bilancio, Tecnico - logistico e patrimonio, Pianificazione strategica, Acquisti, ICT, GRU (personale), Programmazione e Controllo di gestione e flussi informativi;

- Organizzazione sanitaria per l'erogazione dell'assistenza: Assistenza Collettiva, Dipartimento di Prevenzione, Sanità Penitenziaria, Assistenza Territoriale, Distretti, Servizio Prevenzione e Protezione, Assistenza Ospedaliera, Dipartimento di Salute Mentale, Rischio Clinico, Assistenza Farmaceutica, Presidi Ospedalieri, Clinical Governance.

L'assetto prevede una organizzazione di tipo dipartimentale.

2.3.3.3 LE MACRO-ARTICOLAZIONI E LE ARTICOLAZIONI AZIENDALI

L'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 6 del Medio Campidano (ASL n. 6) provvede all'erogazione dei Servizi Sanitari nel territorio di sua competenza, attraverso i propri servizi o attraverso l'acquisto di prestazioni da altre strutture pubbliche o private accreditate.

Più specificatamente l'ASL n. 6 assicura attualmente l'erogazione delle prestazioni attraverso le seguenti macro-articolazioni e articolazioni:

Distretti Socio Sanitari:

Il territorio della ASL n. 6 del Medio Campidano è suddiviso in due Distretti Socio Sanitari:

- a) Distretto di Sanluri;
- b) Distretto di Guspini;

Presidi Ospedalieri:

All'interno del territorio è presente un'unica struttura ospedaliera, il P.O. Nostra Signora di Bonaria, situato a San Gavino Monreale.

Dipartimenti:

Nel territorio della ASL n. 6, una volta che la Riforma sanitaria verrà portata a termine, opereranno i seguenti Dipartimenti territoriali:

- a) Dipartimento di Salute Mentale;
- b) Dipartimento di Prevenzione.

2.3.3.4 LE RISORSE UMANE

L'organico attuale rappresenta un elemento di criticità poiché le dotazioni organiche iniziali sono state individuate sulla base del personale assegnato alle omonime strutture presenti in ATS Sardegna al 31 dicembre 2021, transitate in ASL e risultano pertanto non adeguate.

Tuttavia, c'è stata l'implementazione del personale grazie all'assegnazione di personale assunto a tempo determinato, reclutato da apposite graduatorie approvate da ATS Sardegna.

All'esito della esatta definizione delle strutture aziendali che verrà indicata dal Legislatore regionale verranno conseguentemente ridefinite le dotazioni organiche e le assegnazioni del personale tra

l'Azienda Regionale della Salute (ARES) e le Aziende Socio Sanitarie Locali (ASL) e, conseguentemente, si provvederà ad aggiornare il presente Piano.

2.3.4 CONTESTO ESTERNO (RELAZIONE ALLEGATO 1)

Per l'analisi del contesto esterno si rinvia all'analisi di contesto allegata al Piano Triennale pubblicato per il triennio 2019-2021 da ATS Sardegna.

2.3.5 CONTENUTO E PROCESSO DI AGGIORNAMENTO DEL PTPCT

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza (PTPCT) della ASL n. 6 del Medio Campidano, secondo quanto previsto dalla Legge del 06.11.2012, n. 190 *“Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*, ha tenuto conto, adattandolo al proprio contesto, di quanto previsto dall'art. 6 comma 1 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80, dalle Linee di Indirizzo del Comitato interministeriale (d.p.c.m. 16 gennaio 2013) e dal Piano Nazionale Anticorruzione approvato con delibera n. 72 dell'11/09/2013 e da ultimo integrato con determina dell'ANAC n. 12 del 28/10/2015, dalla Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 e Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017.

Il Piano, così come previsto dal sopra citato Decreto n. 80 del 9 giugno 2021, dovrà essere inserito nel contesto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

La circostanza legata alla nascita dell'Azienda a partire dal 1 gennaio 2022 e la recentissima emanazione delle linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale non hanno consentito di poter aprire un tavolo di confronto con le articolazioni aziendali tale da consentire una appropriata elaborazione del presente Piano che, pertanto, verrà successivamente integrato ed aggiornato.

In ogni caso, ai fini della valutazione dei potenziali fattori di rischio corruttivo verranno analizzati i processi individuati partendo dalle Aree definite dalla legge 190/2012 e dai PNA, tenendo conto delle peculiarità delle funzioni attribuite all'Azienda dal Legislatore Regionale.

L'aggiornamento del Piano terrà conto dei risultati dell'attività di monitoraggio effettuata su alcuni processi e del monitoraggio del PTPCT svolto con i singoli dirigenti delle aree a rischio.

La direzione aziendale garantisce la piena disponibilità per l'attuazione delle misure di prevenzione.

2.3.6 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DELL' ASL N. 6 DEL MEDIO CAMPIDANO

2.3.6.1 COMPITI E POTERI DEL RPCT

- L'art. 1, c. 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predisporre – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- L'art 1, c. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le “disfunzioni” (così recita la norma) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- L'art. 1 c. 9, lett. c), l.190/2012 dispone che il PTPC preveda «*obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- L'art 1, c. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- L'art. 1, c. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC.
- L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto “*un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione*”.

- L'art. 5, c. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: *“Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni”*.
- L'art. 5, c. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013.
- L'art. 15, c. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 stabilisce che il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio.

2.3.6.2 IL SUPPORTO CONOSCITIVO ED INFORMATIVO AL RPCT

- L'art. 1, c. 9, lett. c) l.190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.
- L'art. 16, c. 1-ter, d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a *“fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione”* 1.
- L'art. 8 del d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a *“rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione”*.

2.3.6.3 I RAPPORTI CON L'ORGANO DI INDIRIZZO

- L'art. 1, c. 8, l. 190/2012 stabilisce che *“l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC”*. Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.

- L'art. 1, c. 14, l. 190/2012 stabilisce l'obbligo per il RPCT di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività, con la relazione annuale sopra citata, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta.
- L'art. 1, c. 7, l. 190/2012 stabilisce l'obbligo da parte del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione.
- La medesima disposizione, al fine di garantire che il RPCT abbia poteri all'interno di tutta la struttura tali da poter svolgere con effettività i propri compiti, stabilisce che *“l'organo di indirizzo dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività”*.

2.3.6.4 I RAPPORTI CON L'AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

- L'art. 43, D.Lgs. 33/2013 stabilisce che al RPCT spetta il *“controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”*.
- L'art. 15, d.lgs. 39/2013 analogamente, stabilisce che il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del richiamato decreto, tra gli altri anche all'Autorità nazionale anticorruzione.
- La medesima norma, al comma 3, prevede l'intervento di ANAC sui provvedimenti di revoca del RPCT qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione. La richiamata disposizione si inserisce in un sistema più ampio di tutela e garanzia del RPCT (di cui si dà conto più avanti) messo in atto dal legislatore che prevede l'intervento di ANAC su misure discriminatorie anche diverse dalla revoca, perpetuate nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni (art. 1, co. 7, l. 190/2012). L'Autorità ha ritenuto opportuno disciplinare il proprio intervento sia con riferimento alla revoca, sia con riferimento alle altre misure discriminatorie nei confronti del RPCT con *“Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della*

corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione” adottato dal Consiglio dell’Autorità in data 18 luglio 2018.

- L’art. 15, c. 3, D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62, stabilisce che il RPCT comunichi ad ANAC i risultati del monitoraggio annuale dell’attuazione dei Codici di comportamento.
- L’art. 45, c. 2, D.Lgs. 33/2013 stabilisce che l’ANAC controlla l’operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all’interno delle amministrazioni. (Sul punto giova ricordare che il Responsabile della trasparenza coincide, di norma con il Responsabile della prevenzione della corruzione - sul punto cfr. PNA 2016, § 5.2.)

2.3.6.5 LE GARANZIE DELLA POSIZIONE DI INDIPENDENZA DEL RPCT

Stante il difficile compito assegnato al RPCT, il legislatore ha elaborato un sistema di garanzia a tutela di tale soggetto (cui si è accennato sopra), al fine di evitare ritorsioni nei confronti dello stesso per l’esercizio delle sue funzioni (art. 1, c. 7 e c. 82, l. n. 190/2012, art. 15, c. 3, del D.Lgs. n. 39/2013).

2.3.6.6 IN TEMA DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI

Ai sensi dall’art. 15 d.lgs. n. 39/2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio e di segnalare le violazioni all’ANAC. A tale proposito è utile ricordare che l’Autorità con le *“Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione”*, adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 ha precisato che spetta al RPCT *“avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell’accertamento delle responsabilità soggettive e dell’applicazione della misura interdittiva prevista dall’art. 18 (per le sole inconferibilità). Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell’elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all’organo conferente. All’esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all’art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l’organo che ha conferito l’incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza.”*

In tema di responsabilità del RPCT a fronte dei compiti attribuiti, la legge 190/2012 prevede (art. 12 e 14) anche consistenti responsabilità.

In particolare, l’art. 12 stabilisce che *“In caso di commissione, all’interno dell’amministrazione, di un*

reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano". L'art. 14 stabilisce altresì che "In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile (...)risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, (...) nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare".

2.3.7 I REFERENTI AZIENDALI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

I Referenti aziendali fungono da interlocutori stabili del RPC nelle varie unità organizzative e nelle eventuali articolazioni periferiche, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo, hanno il compito di affiancarlo nello svolgimento in particolare nell'attività di gestione dei rischi, monitoraggio sull'attuazione delle misure e sugli obblighi di pubblicazione, diffusione dei documenti per la prevenzione della corruzione (es. Codice di comportamento, PTPC, ecc.), misure e obblighi in essi contenuti (es. obbligo di astensione e comunicazione dei conflitti di interesse, ecc.) nonché di sensibilizzazione del personale sui temi dell'etica pubblica.

I Referenti del RPC vigilano sulla corretta applicazione di quanto previsto dai Regolamenti attinenti ai rapporti con i soggetti esterni, ad es. quelli che disciplinano gli accessi da parte degli informatori scientifici/ rappresentanti di ditte esterne (farmaci, dispositivi medici e tecnici ortopedici), il Regolamento sulla formazione esterna.

2.3.7.1 SOGGETTI CHIAVE

La prevenzione dei fenomeni di corruzione e di cattiva amministrazione, in generale, deve riguardare ogni singolo cittadino o organizzazione. Ognuno di noi deve sentirsi coinvolto, qualunque sia il ruolo all'interno della società nel contrasto alla corruzione che in sanità assume una connotazione più grave poiché sottrae risorse, oramai sempre più scarse, alla cura dei pazienti.

L'azione di contrasto deve essere pertanto forte e decisa e deve provenire da ogni singola persona. La normativa individua alcune figure impegnate nel processo di prevenzione di fenomeni di corruzione.

All'interno della ASL n. 6 questi soggetti sono:

2.3.7.2 IL DIRETTORE GENERALE

- designa il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza e adotta il presente Piano;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2.3.7.3 I REFERENTI DEL RPCT

- supportano e affiancano il RPC e RT nello svolgimento dei propri compiti e nell'attività di monitoraggio delle misure;
- presidiano, diffondono e monitorano la corretta applicazione del PTPC, del Codice di comportamento, dei Regolamenti aziendali e delle misure di prevenzione della corruzione per il corretto svolgimento dei processi aziendali;
- coinvolgono i dipendenti delle loro Strutture nelle attività previste dal PTPC;
- forniscono gli elementi necessari per la valutazione dei rischi e l'aggiornamento del Piano.

Si precisa che i Referenti sono stati individuati nei Direttori delle Strutture Complesse operanti nella ASL 6.

2.3.7.4 ORGANISMO DI VALUTAZIONE INTERNA (OIV) (IN FASE DI INDIVIDUAZIONE DEI COMPONENTI)

E'opportuno precisare che tale organismo si trova in fase di costituzione. L'Avviso Pubblico per l'acquisizione delle manifestazioni d'interesse per l'attribuzione di tale ruolo, approvato con Delibera n. 58 del 16 marzo 2022, è stato pubblicato sull'Albo Pretorio del sito internet della ASL Medio Campidano.

Tale collegio valuterà l'attività svolta nell'anno 2022, mentre per quanto riguarda l'attività effettuata nel corso dell'anno 2021 è competente l'OIV di ATS Sardegna, costituito con Delibera n. 940 del 29 settembre 2017.

L'OIV adempie alle seguenti funzioni:

- attesta l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza, secondo la vigente normativa in materia.
- supporta il Consiglio di direzione in relazione alle seguenti tematiche:
- favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo

- la verifica iniziale della coerenza degli obiettivi annuali programmati delle Articolazioni organizzative aziendali con le direttive di budget aziendali;
- la valutazione intermedia e finale sui risultati complessivi della gestione aziendale;
- la valutazione degli obiettivi affidati ai dirigenti e l'attribuzione ad essi della retribuzione di risultato;
- il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione e della trasparenza e integrità dei controlli interni;
- la verifica della coerenza tra PTPC e obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale nonché la presenza degli obiettivi di anticorruzione e trasparenza nei documenti di misurazione e valutazione delle performance (art. 44 D.Lgs. 33/2013 e PNA 2016).

Costituisce inoltre organismo di valutazione di seconda istanza sul raggiungimento degli obiettivi individuali affidati ai dirigenti in sede di programmazione annuale dell'attività e dei risultati di gestione conseguiti dai dirigenti responsabili di struttura. L'esito della valutazione rileva ai fini dell'attribuzione della quota attesa di retribuzione di risultato e concorre alla valutazione pluriennale dei dirigenti.

2.3.7.5 IL COLLEGIO SINDACALE (IN FASE DI DESIGNAZIONE DEI COMPONENTI DA PARTE DELLE ISTITUZIONI PREPOSTE)

Il Collegio sindacale è un organo dell'Azienda al quale sono attribuiti compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile della gestione aziendale.

Il PNA 2016 rafforza e riconosce il Collegio sindacale quale organo deputato a verifiche sulle aree a maggior rischio proprio con riferimento al fenomeno della mala amministrazione.

2.3.7.6 I DIRETTORI DI DIPARTIMENTO/ SERVIZIO/ U.O. E TUTTI I DIRIGENTI NONCHÉ I RESPONSABILI DI UFFICIO E INCARICO PER L'AREA DI COMPETENZA

Attualmente solo le strutture ospedaliere hanno i dirigenti nominati mentre la struttura amministrativa non ha ancora avuto una compiuta definizione e, pertanto, è in carica esclusivamente il Direttore della S.C. Ufficio di Staff):

- sono responsabili della corretta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione attinenti i processi da loro gestiti;
- partecipano al processo di gestione del rischio, all'individuazione delle misure di contenimento del rischio e alla corretta implementazione/attuazione delle misure;
- svolgono attività informativa nei confronti del RPC e dei Referenti del RPC;

- sono responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei Regolamenti e delle procedure aziendali, delle disposizioni del presente Piano e di tutte le misure, sia generali che specifiche, del monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure e del rispetto dei termini per l'implementazione di quelle nuove;
- assicurano la diffusione e l'osservanza del Codice di comportamento e segnalano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari e la rotazione del personale.

Con riferimento al ruolo e alle responsabilità dei dirigenti/direttori si richiama altresì il testo innovato dell'art. 16 del D.Lgs. n. 165 del 2001 sulla disciplina delle funzioni dei dirigenti. Gli attuali commi 1-bis), 1-ter) e 1-quater) prevedono che i dirigenti predetti:

- *1-bis) concorrano alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;*
- *1-ter) forniscano le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;*
- *1-quater) provvedano 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 corruttiva.*

La responsabilità è di tipo dirigenziale, secondo le norme vigenti, l'attività di gestione di tutti i rischi, incluso quello di corruzione, i piani di contenimento dei rischi e l'attività di monitoraggio sono attività proprie del ruolo dirigenziale.

Pertanto i dirigenti hanno la responsabilità primaria nell'assicurare l'efficacia delle misure di contenimento del rischio di corruzione per quelli a maggior impatto e probabilità, quindi operando attivamente in materia di rischi e controlli all'interno dei propri processi.

Tale responsabilità si sostanzia nel disegno e mantenimento di un sistema di gestione dei rischi e di controllo interno in grado di assicurare il corretto agire nel rispetto dei principi di legalità, conformità alle normative e ai regolamenti, buon andamento e imparzialità, efficienza, efficacia, corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, prevenzione della corruzione.

2.3.7.7 LA COMMISSIONE PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)

Tale Ufficio non è stato attualmente costituito nella ASL n. 6. Nelle more dell'attuazione della riforma sanitaria, sulla base della delibera ATS Sardegna n. 998 del 23 dicembre 2021, sono stati

prorogati Strutture e processi presenti nell'ambito di ATS Sardegna, per cui è operante la Commissione così come rimodulata da ultimo con delibera ATS n. 89 del 11 ottobre 2019.

Con nota prot. 1322 del 14.01.2022 è stata comunicato l'accordo tra i Direttori ARES e ASL per la prosecuzione dell'attività degli Uffici Procedimenti Disciplinari istituiti con la citata Delibera n. 89/2019 fino alla completa definizione del processo di riorganizzazione delle nuove Aziende sanitarie.

E'opportuno sottolineare che la delibera della Giunta Regionale n. 36/47 del 31 agosto 2021 prevede che la ASL si occupi della gestione degli adempimenti relativi ai procedimenti disciplinari, salvo delega all'ARES e, che supporti i soggetti competenti per l'irrogazione di sanzioni non di competenza degli organismi disciplinari collegiali.

2.3.7.8 I DIPENDENTI E I COLLABORATORI

- sono coinvolti nelle attività di prevenzione di fenomeni di maladministration osservano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento;
- si astengono e segnalano le situazioni di conflitto di interessi;
- segnalano condotte illecite o comportamenti opportunistici;
- collaborano, supportano e forniscono il proprio contributo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nelle attività di prevenzione della corruzione.
- L'art.1 comma 14 della legge 190/2012 prevede che *la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare.*

2.3.7.9 I PAZIENTI, LE ASSOCIAZIONI DI TUTELA DEI MALATI, I COLLABORATORI DELLE DITTE FORNITRICI E GLI ALTRI SOGGETTI ESTERNI (STAKEHOLDER)

- segnalano casi di illecito o di rischi e irregolarità nell'interesse pubblico, anche attraverso la piattaforma di whistleblowing o tramite l'URP;
- possono inviare suggerimenti per il miglioramento in fase di consultazione del Piano.
- Si precisa che l'impegno nella prevenzione della corruzione riguarda tutti i portatori di interesse (stakeholder) e deve essere visto quale impegno personale nel contribuire sia a creare un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi e sia per garantire il miglior uso delle risorse della comunità.

2.3.7.10 RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE (RASA) E SOGGETTO GESTORE PER L'ANTIRICICLAGGIO

Con il comunicato del 28 ottobre 2013, l'ANAC ha stabilito che ogni stazione appaltante è tenuta “a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato *Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)*”. Successivamente, il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel Piano di Prevenzione della Corruzione di ogni stazione appaltante, individuandola come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'obbligo informativo – consistente nell'implementazione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici. Con deliberazione del Direttore Generale n. 9 del 21/01/2022 è stato nominato il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante.

2.3.8 LA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E IL COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE

La formulazione della strategia nazionale di prevenzione della corruzione, indicata all'interno del Piano nazionale anticorruzione, si basa principalmente sui seguenti obiettivi:

- conseguire la riduzione delle opportunità di manifestazione dei fenomeni di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Questi tre obiettivi si sviluppano a livello decentrato, in ogni pubblica amministrazione, nella individuazione e attuazione di una serie di misure obbligatorie e specifiche che per l'APSS sono indicate all'interno del Piano triennale di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza.

È intendimento dell'Azienda inserire gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione al suo interno omogeneizzandoli in un sistema di meccanismi di controllo interno orientati al miglioramento continuo dell'efficienza e qualità dei processi aziendali di supporto e di erogazione delle prestazioni. La scelta dell'Azienda nella prevenzione della corruzione è quella di prediligere un **approccio culturale, orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità** piuttosto che basato solo su regole e misure repressive.

Per poter operare in questo senso sarà importante sviluppare atteggiamenti corretti frutto di riflessioni da parte dei diversi soggetti, piuttosto che di comportamenti di adeguamento passivo ad una regola imposta.

Per questo motivo si tenderà a perseguire la collaborazione dei vari soggetti interni ed esterni nella condivisione di strategie e strumenti finalizzati a promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, contribuendo così in maniera attiva a garantire la tutela dell'interesse della collettività.

Inoltre, la strategia per la prevenzione della corruzione aziendale seguirà un approccio sistemico, nel senso che strumenti e misure dovranno essere indirizzati, in maniera intercorrelata e sinergica, al perseguimento di un risultato efficace e in grado di generare valore su più fronti nella prevenzione della corruzione.

Gli strumenti e l'approccio scelto dall'Azienda nella strategia di prevenzione della corruzione, (con particolare riferimento anche alla formazione basata su approccio normativo, etico e valoriale, alla promozione delle segnalazioni di rischi di illegalità e irregolarità, alla gestione dei rischi), mirano a stimolare i soggetti interni ed esterni all'Azienda contribuendo così alla promozione della cultura della legalità, dell'integrità e della trasparenza.



Promuovono la cultura dell'etica, integrità e legalità all'interno e all'esterno dell'Azienda

Figura 2 –
Strumenti per la prevenzione della corruzione

Forniscono informazioni per la corretta valutazione delle misure di prevenzione della corruzione

Strumenti per il contrasto dei rischi individuati dalla normativa e di quelli specifici di determinate attività e procedimenti propri del settore sanitario

Al momento della redazione del presente atto la Direzione aziendale non ha ancora potuto declinare gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza atteso che ancora non è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione e, pertanto, verrà aggiornata la presente parte del Piano appena detti obiettivi verranno declinati.

Per altro verso, considerato che una strategia efficace richiede l'integrazione e la coerenza del PTPCT con gli obiettivi aziendali, gli obiettivi del presente Piano dovranno essere tradotti in obiettivi organizzativi e individuali assegnati ai relativi responsabili e quindi dovrà procedersi al coordinamento tra il presente documento ed il **Piano Performance 2022**, il quale si coordina e si integra con il PTPCT e, unitamente agli altri Piani, confluirà nel PIAO.

2.3.9 MONITORAGGIO E RIESAME DELLE MISURE DEL PTPCT

Il monitoraggio e il riesame rappresentano delle fasi importanti del processo di gestione del rischio poiché solo attraverso la verifica della corretta attuazione, la valutazione delle misure il riesame del processo di gestione del rischio è possibile assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione. Tali fasi sono fondamentali al fine di operare, se necessario, delle correzioni migliorative (per mantenere la controllabilità o per ottimizzare le misure individuate).

Il monitoraggio e il riesame hanno come scopo quello di:

- valutare il rischio
- ottenere ulteriori informazioni per migliorare la valutazione del rischio;
- analizzare ed apprendere dagli eventi, cambiamenti, tendenze, successi e fallimenti;
- rilevare i cambiamenti nel contesto esterno ed interno, comprese le modifiche ai criteri di rischio e al rischio stesso, che possano richiedere revisioni dei trattamenti del rischio e delle priorità;
- identificare i rischi emergenti;
- assicurare che le misure di contenimento del rischio siano efficaci ed efficienti sia nella progettazione sia nell'operatività.

La responsabilità, circa la valutazione dei rischi, l'individuazione delle misure per la riduzione degli stessi, la corretta applicazione e l'efficacia delle misure, rientra tra i compiti e le responsabilità dei dirigenti e dei direttori. Infatti, chi opera all'interno del processo conosce in maniera più approfondita le diverse fasi e pertanto è in grado di meglio identificare, anticipare e prevedere dinamicamente le esposizioni di rischio e le relative misure di contenimento.

All'esito dell'attività di monitoraggio, viene predisposta la relazione annuale che gli RPCT redigono ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190 del 2012, sulla base dello schema tipo predisposto dall'ANAC, con cui si rendicontra circa i risultati dell'attività svolta evidenziando lo stato di attuazione delle singole azioni sulla base di quanto dichiarato dai singoli Referenti e dai responsabili dei processi.

Oltre a vigilare sull'attuazione delle misure previste, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza può, in qualsiasi momento:

- richiedere ai Servizi/UU.OO., dati e documenti relativi a determinate attività;

- verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, ipotesi di corruzione e illegalità;
- effettuare controlli a campione di natura documentale e, in casi di particolare rilevanza, anche mediante sopralluoghi e verifiche presso le strutture competenti.

2.3.10 AREE DI RISCHIO

Ai fini della valutazione del rischio si prenderanno le mosse dalle Aree di Rischio generali e specifiche, come evidenziate dall'ANAC seppur non tutte verranno prese in considerazione stante la suddivisione di competenze tra l'Azienda Regionale della Salute e l'Azienda Socio Sanitaria Locale. L'ASL n. 6 del Medio Campidano concentrerà l'attività di analisi soprattutto su questi processi che sono di seguito declinati:

Aree di rischio generali previste dalla L. 190/2012, art. 1, c. 16:

- Autorizzazione o concessione
- Acquisti di beni, servizi e lavori
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati
- Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale per la Salute)

Aree di rischio generali (da aggiornamento PNA 2015):

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Incarichi e nomine carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale)
- Affari legali e contenzioso carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale)

Aree di rischio specifiche per il settore sanitario (da aggiornamento PNA 2015):

- Attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero;
- Attività distrettuali;

- Medicina convenzionata carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Attività libero professionale/liste di attesa;
- Committenza, rapporti contrattuali con privati accreditati carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Accreditamento strutture carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Affari generali ed atti amministrativi. assetto organizzativo, relazioni istituzionali e comunicazione pubblica;
- Formazione, ricerca e cambiamento organizzativo. psicologia e benessere organizzativo carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Prevenzione e protezione, sorveglianza sanitaria, antincendio;
- Aree tecniche;
- Dipartimento ICT infrastrutture, tecnologie della informazione e delle comunicazioni;
- Data Privacy Officer
- S.C. Ufficio di Staff;
- Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze;
- SS.CC. professioni sanitarie.

2.3.10.1 SETTORI A MAGGIORE IMPATTO E RISCHIO DI CORRUZIONE

- **Appalti e contratti pubblici**

Sicuramente il settore dell'approvvigionamento, nei sistemi sanitari, è una delle attività più colpite dalla corruzione. Spesso la necessità e l'urgenza del dover provvedere a soddisfare le esigenze di una utenza particolarmente fragile si presta più facilmente a distorsioni e rischi corruttivi, sebbene la presenza di regolamenti e procedure dedicate alle diverse fasi della procedura di acquisto maturate nella precedente organizzazione aziendale (ATS Sardegna – Area Sanluri), nonché l'uso quasi esclusivo del Me.P.A. per effettuare gli acquisti anche sotto soglia, abbia mitigato e notevolmente ridotto il rischio corruttivo.

Una possibile distorsione potrebbe derivare dalle modalità con cui verrà effettuato il raccordo tra la funzione di centrale acquisti, posta in capo all'Azienda Regionale per la Salute che quindi provvede

alle forniture centralizzate da effettuare con gara unica e le funzioni di acquisto demandate alle singole Aziende, dotate di autonomia.

Molto dipenderà dalla capacità operativa dell'Ente Centrale di organizzare in modo corretto la raccolta del fabbisogno e, conseguentemente organizzare le relative gare.

Possibili soluzioni

Processi contrattuali trasparenti: procedure contrattuali aperte e rese trasparenti in modo tempestivo (ad es. il portale CONSIP e MEPA) consentono di individuare più facilmente e rapidamente i casi che meritano controlli più approfonditi, lasciando a corrotti e corruttori meno spazio di manovra.

Whistleblowing: efficaci sistemi di segnalazione interna sono in grado di mitigare il rischio di corruzione, ampliando la sfera del monitoraggio dei processi ai dipendenti delle strutture a rischio.

2.3.10.2 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio sarà articolata in tre fasi:

- identificazione;
- analisi;
- ponderazione.

L'identificazione del rischio (o meglio degli eventi rischiosi) ha come obiettivo l'individuazione di comportamenti o fatti, anche solo ipotetici, attraverso cui può concretizzarsi il fenomeno corruttivo.

Il coinvolgimento attivo dei Responsabili delle articolazioni organizzative titolari del processo è fondamentale in quanto i Responsabili delle strutture, avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

Il RPCT, nell'esercizio del suo ruolo, manterrà un atteggiamento attivo, attento ad individuare eventi rischiosi che non sono stati rilevati dai responsabili delle articolazioni organizzative interessate e ad integrare, eventualmente, il registro/catalogo dei rischi, anche mediante confronto con amministrazioni simili, analisi di documenti e banche dati, workshop, focus group, ecc.

Le attività relative all'analisi ed alla ponderazione del rischio saranno svolte secondo le modalità esplicitate nel PNA, a partire dall'analisi dei cosiddetti "fattori abilitanti" della corruzione e dall'adozione di un approccio di tipo qualitativo, dando il dovuto spazio alla motivazione della valutazione. Coerentemente con l'approccio qualitativo, i criteri utilizzati per la valutazione dell'esposizione al rischio potranno essere operativamente tradotti in indicatori di rischio eventualmente definiti in collaborazione con altri enti che operano in ambito sanitario.

2.3.10.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare le misure correttive più idonee a contrastare i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Non ci si dovrà limitare a proporre misure astratte ma dovranno essere previste misure specifiche e puntuali da realizzarsi entro scadenze precise e ragionevoli definite sulla base della priorità rilevate e delle risorse effettivamente disponibili.

L'individuazione e la conseguente programmazione delle misure di contrasto del rischio rappresentano l'elemento centrale e fondamentale del PTPCT.

Pertanto, particolare attenzione sarà dedicata all'individuazione di misure adeguatamente programmate, con definizione di precise responsabilità, scadenze temporali, verificabilità dell'effettiva attuazione e della loro efficacia.

La proposta di misure di contrasto del rischio non sarà compito esclusivo del RPCT ma sarà piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto a conoscenza più di ogni altro dei processi e delle attività del proprio ufficio, è il soggetto più idoneo ad individuare misure incisive volte a prevenire rischi specifici.

PARTE II: PIANO PER LA TRASPARENZA

2.3.11 IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA 2020-2022

La legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”, ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione. La legge ha conferito al governo una delega ai fini dell'adozione di un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza da parte delle pubbliche amministrazioni.

In attuazione di tale delega, il governo ha adottato il D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33 (pubblicato su G.U. del 5 aprile 2013) recante il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.

Il D.Lgs 97/2016 «Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche», di seguito “D.Lgs 97/2016”, ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini. Il

novellato art. 1, comma 1, del decreto ridefinisce la trasparenza come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzate a “*favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche*”, ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all’attività amministrativa.

Il D.Lgs 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell’ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l’introduzione del nuovo istituto dell’accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l’unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l’introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l’attribuzione ad ANAC della competenza all’irrogazione delle stesse.

Per quanto riguarda la disciplina relativa alle diverse tipologie di accesso (“accesso documentale” di cui al capo V della Legge n. 241/1990, “accesso civico” e “accesso generalizzato”, disciplinati rispettivamente dall’articolo 5, comma 1 e dall’art. 5, comma 2 del D.Lgs n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs n. 97/2016), si fa riferimento a quanto indicato dalla determinazione ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016.

Il Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione, nell’adunanza del 28 dicembre 2016, ha altresì approvato in via definitiva la delibera n. 1310 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs n. 97/2016.”

I dati pubblicati sul sito istituzionale sono selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e, più in generale, sulla base del quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione *on line* delle amministrazioni. Le categorie di dati pubblicati tendono a favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione, nonché una gestione della *res publica* che consenta un miglioramento continuo nell’erogazione dei servizi all’utenza.

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul proprio sito istituzionale costituisce la principale modalità di attuazione della trasparenza, è importante porre l’accento sulla protezione dei dati personali in modo tale che i dati pubblicati e i modi di pubblicazione risultino pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge, in ossequio alla disciplina in materia di protezione dei dati personali.

Tutti i documenti pubblicati dovranno riportare al loro interno fonte, data, periodo di riferimento o validità e l’oggetto al fine di garantire l’individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi,

anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato.

L'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente" dovrà avvenire ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti.

In questo modo, attraverso la pubblicazione *on line*, si offre la possibilità agli *stakeholder* di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolare la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della *performance* ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel *ciclo di gestione delle performance*.

La verifica periodica della pubblicazione di dati e documenti, effettuata in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli *stakeholder*.

Sono possibili tre diversi accessi agli atti, ai dati e alle informazioni detenute dall'azienda:

1. accesso civico (con la richiesta di pubblicazione obbligatoria dei dati sul sito Amministrazione trasparente, qualora questi non fossero già presenti);
2. accesso documentale (secondo la legge 241 del 1990);
3. accesso generalizzato (secondo il D.Lgs 97/2016) che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico, prevedendo che chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle PA, nel rispetto di limiti di tutela giuridicamente rilevanti.

2.3.11.1 CODICE DI COMPORTAMENTO GENERALE E CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ASL N. 6 DEL MEDIO CAMPIDANO

Il 19 giugno 2013 è entrato in vigore il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 giugno 2013), che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Le previsioni del Codice, che supera il precedente decreto del Ministro per la funzione pubblica del 28 novembre 2000, sono integrate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni. Il Codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni (definite dal Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165), con estensione degli obblighi di condotta, per quanto possibile, a tutti i collaboratori o consulenti.

La violazione degli obblighi contenuti nel codice di comportamento costituisce fonte di responsabilità disciplinare.

L'ASL n. 6 del Medio Campidano, non ha ancora avuto la possibilità di redigere un proprio Codice di Comportamento e, pertanto, nelle more dell'adozione, in osservanza di quanto previsto dalla

summenzionata Delibera ATS Sardegna n. 998 del 23 dicembre 2021, è applicabile il Codice di Comportamento dell'ATS Sardegna, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 501 del 29/06/2017.

Ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001, il Codice di comportamento integra e specifica il codice adottato dal D.P.R. n. 62 del 16/04/2013, tiene conto delle Linee guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e disciplina i seguenti ambiti:

- regali, compensi e altre utilità;
- partecipazione ad associazioni e organizzazioni;
- comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse;
- obbligo di astensione;
- prevenzione della corruzione;
- trasparenza e tracciabilità;
- comportamento nei rapporti privati;
- comportamento in servizio;
- rapporti con il pubblico; disposizioni particolari per i dirigenti responsabili di struttura;
- contratti ed altri atti negoziali;
- ricerca e sperimentazioni;
- attività sanitaria e libera professione;
- sponsorizzazioni e atti di liberalità;
- rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici;
- vigilanza, monitoraggio e attività formative;
- responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice;
- effetti della violazione del Codice sul sistema premiante.

2.3.12 ROTAZIONE DEL PERSONALE

Il quadro normativo vigente nel pubblico impiego privatizzato prevede l'istituto della rotazione del personale.

Tale istituto è rimesso all'autonoma determinazione delle amministrazioni che - tenuto conto di eventuali limiti oggettivi e/o soggettivi - potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici.

Va precisato che sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali in modo di consentire loro di presentare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti l'apertura di fasi di negoziazione in materia (vedi delib. ANAC n. 13/2015).

Va, inoltre, sottolineato che la rotazione ordinaria rappresenta soprattutto un criterio organizzativo che, nell'ottica del rispetto dei canoni di buona amministrazione ex art. 97 della Costituzione, può contribuire alla crescita del personale rispetto alle conoscenze ed alle competenze, favorendo lo sviluppo professionale del lavoratore.

In tale ottica, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta

anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ai fini del miglior utilizzo delle risorse umane disponibili.

Peraltro, la rotazione del personale oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e come misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici in quanto favorisce l'acquisizione di competenze di carattere trasversale e professionalità finalizzate al conseguimento delle finalità istituzionali, è altresì prevista in modo espresso dalla legge n. 190/2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" (art. 1, c. 4, lettera e); comma 5, lettera b); comma 10, lettera b), come misura anticorruzione (la rotazione degli incarichi, d'altra parte, già dalla "Riforma Brunetta" - D. Lgs. n. 150/2009 - è stata considerata anche **strumento fondamentale di trasparenza e contrasto della corruzione** essendo stata inserita come una delle misure gestionali: l'articolo 16, c. 1, lett. I quater, del D. Lgs n. 165/2001 prevede che i dirigenti, con provvedimento motivato, facciano ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva).

La rotazione non deve essere considerata come misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative. Deve, altresì, essere rimarcato che nel quadro dell'attuazione del principio di rotazione, fatti salvi gli effetti normo/economici di eventuali diverse ed autonome valutazioni negative del dipendente, non dovrà darsi luogo a riduzioni del trattamento economico attribuito al personale interessato.

In particolare, la rotazione ordinaria - da realizzarsi nel rispetto delle competenze professionali - è considerata nel suddetto Piano, oltre che misura di contrasto dei rischi potenziali di tipo corruttivo, leva organizzativa strategica in grado di favorire lo sviluppo di interessi e competenze.

All'uopo si osserva che il quadro normativo di riferimento, confermato dalla più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione, prevede l'istituto della rotazione come prassi ordinaria nell'ambito dei rapporti lavorativi nel sistema pubblico privatizzato ex D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.

Per quanto attiene al personale dirigente oramai è consolidato il c.d. "*principio di durata temporale*

degli incarichi” che il legislatore ha adottato per evitare la cementificazione degli incarichi dirigenziali in un unico ambito lavorativo anche a discapito dell’arricchimento della professionalità del dirigente stesso.

2.3.12.1 CRITERI PER LA ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

In linea di massima nelle diverse realtà organizzative la rotazione può avvenire utilizzando uno dei seguenti criteri:

- territoriale, con assegnazione del dipendente ad un diverso ambito territoriale;
- per competenza, con assegnazione del dipendente ad altre competenze;
- per competenza e territorio, con assegnazione del dipendente ad altre competenze e ad altro ambito territoriale.

La rotazione in diverso ambito territoriale dovrà avvenire, di norma, presso la sede più vicina a quella di provenienza al fine di ridurre al minimo il disagio del dipendente.

La rotazione, che potrà riguardare in alcuni casi anche il personale non dirigenziale, specie se preposto allo svolgimento concreto di attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione, presuppone una idonea azione formativa e di aggiornamento continuo nei confronti dei soggetti che dovranno subentrare nelle attività e di quelli che dovranno essere assegnati ad altre competenze.

La rotazione si applica per tutti i dipendenti laddove si rilevino circostanze che ne impongano l’utilizzo, come in caso di emersione di una situazione di conflitto di interessi che non possa essere diversamente gestita se non imponendo uno spostamento del dipendente ad altro servizio.

Nei limiti delle possibilità garantite dalle risorse disponibili, deve essere assicurato l’affiancamento del dirigente neo-incaricato o dell’operatore non dirigente subentrante nel caso di rotazione applicata a personale non dirigente, affinché questi risultino facilitati nell’acquisizione delle conoscenze necessarie per lo svolgimento delle nuove attività.

In tutti i casi in cui non risulti possibile applicare la rotazione del personale preposto si definiscono le seguenti linee generali di indirizzo:

- applicazione della doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell’atto finale;
- audit dipartimentali incrociati sulle attività svolte;
- composizione delle Commissioni con criteri di rotazione casuale;
- individuazione di uno o più soggetti estranei all’ufficio di competenza, anche con funzioni di segretario verbalizzante, in aggiunta a coloro che assumono decisioni nell’ambito di procedure di gara;

- separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni ispettive;
- verbali relativi ai sopralluoghi sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico.

In linea generale, inoltre, deve essere applicato il seguente principio:

- attivazione di meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici, ad elevato rischio (lavoro in *team* che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

La rotazione non opera per le figure infungibili, intendendo per tali quelle figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche o è richiesto il possesso di lauree specialistiche o altri titoli di studio posseduti da una sola unità lavorativa e non richiesti per altre figure dirigenziali.

La rotazione del personale potrà essere facilitata da una pianificazione pluriennale delle iniziative formative con l'adozione di programmi orientati a contrastare le tendenze all'esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità. In tale ottica l'Azienda potrà orientarsi anche verso l'adozione di sistemi di gestione interni che aggiungano valore alla valutazione delle performance e consentano di favorire l'effettivo sviluppo del capitale professionale potenziale.

2.3.12.2 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE DIRIGENZIALE

La rotazione dei dirigenti, in attuazione dei principi generali sopra declinati, si realizza per le aree per le quali, a discrezione della Direzione strategica e a seguito di una mappatura degli incarichi/funzioni apicali, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di assicurare continuità dell'azione amministrativa e coerenza di indirizzo delle strutture, si prevede la possibilità di favorire lo sviluppo di nuove competenze anche - ma non soltanto - nelle aree alle quali afferiscono i processi a rischio individuati nel PTPCT, prevedendo l'alternanza fra i responsabili di Unità Operative Complesse, fra i Responsabili di Unità Operative Semplici, dei Responsabili di procedimento nonché dei Componenti delle commissioni di gara e di concorso.

La rotazione dei dirigenti per quanto riguarda le UOC avverrà a livello intradipartimentale in modo da evitare potenziali criticità riconducibili allo svolgimento di attività troppo distanti o scarsamente affini rispetto a quelle precedentemente svolte e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio.

I dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione Generale ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva collaborazione e dell'accompagnamento del

dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento.

Per quanto concerne, nello specifico, la rotazione del personale in ambito veterinario, considerato che l'attività di vigilanza e controllo è svolta di norma da Dirigenti Veterinari che operano sia singolarmente che in coppia, ai fini del miglioramento della trasparenza e della prevenzione dell'insorgenza di conflitti d'interesse nell'esecuzione dei controlli, allo scopo di garantire il rispetto delle norme per la prevenzione della corruzione, ad esclusione di situazioni caratterizzate da comprovati disagi organizzativi, il criterio per la rotazione del personale è stato definito a suo tempo e rimane in vigore quanto stabilito nel Piano rotazione allegato al PTPCT ATS Sardegna 2018/2019, così come previsto dalla summenzionata Delibera ATS n. 998/2021.

2.3.12.3 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE

Il principio della rotazione si applica con gradualità anche al personale non dirigenziale, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, avendo cura di evitare discontinuità e rallentamenti nell'attività conseguenti a possibili interferenze con la rotazione del personale dirigenziale.

La rotazione si attua compatibilmente con le esigenze organizzative, le risorse disponibili e le attitudini specifiche richieste, seguendo una programmazione che tiene conto dell'esigenza di salvaguardare il buon andamento e la continuità dell'azione, al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e negli atti di competenza propria dell'Azienda. La rotazione del personale è attuata e monitorata dal Direttore Responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente.

2.3.12.4 ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE

L'istituto della rotazione "straordinaria" è previsto dall'art. 16, comma 1, lett. I *quater* del D.Lgs. n. 165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

Tale misura, cosiddetta rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e 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'ASL.

La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente

motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e con il quale viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito.

Il trasferimento può avvenire con un trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede.

Pur non trattandosi di un provvedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga dato all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misura di tipo cautelare.

Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto.

2.3.12.5 TEMPISTICA ED IMMEDIATEZZA DEL PROVVEDIMENTO DI EVENTUALE ADOZIONE DELLA ROTAZIONE STRAORDINARIA

L'art. 16, comma 1, lett. I *quater*, del D.Lgs n. 165/2001 richiama la fase di "avvio di procedimenti penali e disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni (a differenza dell'art. 13 della legge n. 97/2001 che prevede il trasferimento del dipendente a seguito di "rinvio a giudizio").

La parola "procedimento" nel codice penale viene intesa con un significato più ampio rispetto a quella di "processo", perché comprensiva anche della fase delle indagini preliminari, laddove la fase "processuale", invece, inizia con l'esercizio dell'azione penale.

Per quanto sopra, l'ANAC (Delibera n. 215/2019) ritiene che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, comma 1, lett. I *quater*, del D.Lgsn. 165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.. Ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale.

Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Un provvedimento con esito negativo in caso di mero avvio del procedimento potrebbe avere diverso contenuto in caso di richiesta di rinvio a giudizio.

2.3.12.6 DURATA DELLA ROTAZIONE STRAORDINARIA

L'ASL provvederà caso per caso, adeguatamente motivando sulla durata della misura.

2.3.12.7 RAPPORTO TRA ROTAZIONE STRAORDINARIA E TRASFERIMENTO D'UFFICIO IN CASO DI RINVIO A GIUDIZIO

La rotazione straordinaria "anticipa" la fase di avvio del procedimento penale la conseguenza consistente nel trasferimento ad altro ufficio.

In caso di rinvio a giudizio, per lo stesso fatto, trova applicazione l'istituto del trasferimento disposto dalla legge n. 97/2001. Se il trasferimento è già stato disposto in sede di rotazione straordinaria, l'Azienda può nuovamente disporre il trasferimento (ad esempio ad un ufficio ancora diverso), ma può limitarsi a confermare il trasferimento già disposto, salvo che al provvedimento di conferma si applicano i limiti di validità temporale previsti dalla legge n. 97/2001.

2.3.13 GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSE

Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Possibili situazioni di conflitto di interesse si possono creare quando, fra il dipendente ed i soggetti interessati dalle attività aziendali, sussistono:

- legami di parentela o affinità sino al secondo grado;
- legami stabili di amicizia e/o di abituale frequentazione;
- legami professionali;
- legami di diversa natura capaci di incidere negativamente sull'imparzialità dei dipendenti.

Il Responsabile del procedimento ed il dirigente dell'UOC competente ad adottare atti o provvedimenti, nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale, hanno l'obbligo di astensione, così come tutti i dipendenti che svolgano la propria attività nei processi aziendali a maggior rischio di corruzione. I medesimi soggetti hanno il dovere di segnalazione della possibile situazione di conflitto.

La segnalazione del conflitto, anche potenziale, deve essere indirizzata dal dipendente al proprio Responsabile diretto il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere il principio di imparzialità.

Il Responsabile, destinatario della segnalazione, deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile affiderà l'attività ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Il Responsabile, a fronte di segnalazione di conflitti di interesse e di conseguente astensione del dipendente, vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente che si astiene.

Nel caso in cui l'obbligo di astensione riguardi il Dirigente Responsabile, la valutazione delle iniziative da assumere sarà effettuata rispettivamente dal Responsabile gerarchicamente superiore.

Il conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici

L'ANAC con le Linee guida n. 15 recanti "Individuazione e gestione di conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici" (G.U. Serie generale n. 182 del 5.08.2019) ha definito l'ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara.

In particolare, l'art. 42 del Codice dei Contratti pubblici si applica a tutti i soggetti che siano coinvolti in una qualsiasi fase della procedura di gestione del contratto pubblico (programmazione, progettazione, preparazione documenti di gara, selezione dei concorrenti, aggiudicazione, sottoscrizione del contratto, esecuzione, collaudo, pagamenti) o che possano influenzare in qualsiasi modo l'esito in ragione del ruolo ricoperto all'interno dell'ente.

I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione, devono rendere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

La dichiarazione, resa per quanto a conoscenza del soggetto interessato, ha ad oggetto ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza. La dichiarazione è rilasciata al responsabile del procedimento. Il RUP rilascia la dichiarazione sui conflitti di interesse al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico.

Al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato.

L'amministrazione provvede al protocollo, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni

acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura.

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, i controlli delle dichiarazioni sostitutive sono effettuati a campione. Il controllo viene avviato in ogni caso in cui insorga il sospetto della non veridicità delle informazioni ivi riportate, ad esempio al verificarsi delle situazioni previste per legge o in caso di segnalazione da parte di terzi.

I controlli sono svolti in contraddittorio con il soggetto interessato mediante utilizzo di banche dati, informazioni note e qualsiasi altro elemento a disposizione della stazione appaltante.

I soggetti coinvolti nelle procedure di gestione del contratto pubblico sono tenuti a comunicare immediatamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP il conflitto di interesse che sia insorto successivamente alla dichiarazione. Il RUP rende la dichiarazione al soggetto che l'ha nominato e al proprio superiore gerarchico. La comunicazione è resa per iscritto e protocollata per acquisire certezza in ordine alla data.

L'omissione delle dichiarazioni di cui sopra integra, per i dipendenti pubblici, un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile ai sensi dell'art. 16 del Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62.

La sussistenza di un conflitto di interesse relativamente ad una procedura di gestione di un contratto pubblico comporta il dovere di astensione dalla partecipazione alla procedura.

La partecipazione alla procedura da parte del soggetto che versi in una situazione di conflitto di interessi comporta l'insorgere delle responsabilità, penali, amministrative e disciplinari, individuate all'art. 42, comma 3, del codice dei contratti pubblici.

Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o comunque accertata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato.

La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013. In particolare, occorre valutare se la causa di astensione sia grave e metta in pericolo l'adempimento dei doveri di integrità, indipendenza e imparzialità del dipendente, considerando, altresì, il pregiudizio che potrebbe derivare al decoro e al prestigio dell'amministrazione di appartenenza. La stazione appaltante deve valutare tutte le circostanze del caso concreto, tenendo conto della propria organizzazione, della specifica procedura espletata nel caso di specie, dei

compiti e delle funzioni svolte dal dipendente e degli interessi personali dello stesso.

Nel caso in cui il soggetto responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o nel caso di dirigente, il titolare del potere sostitutivo, accerti la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, lo stesso affida il procedimento ad un diverso funzionario dell'amministrazione oppure, in carenza di idonee figure professionali, lo avoca a sé stesso. Inoltre, tenuto conto della natura e dell'entità del conflitto di interesse, del ruolo svolto dal dipendente nell'ambito della specifica procedura e degli adempimenti posti a suo carico, può adottare ulteriori misure che possono consistere:

- nell'adozione di cautele aggiuntive rispetto a quelle ordinarie in materia di controlli, comunicazione, pubblicità;
- nell'intervento di altri soggetti con funzione di supervisione e controllo;
- nell'adozione di obblighi più stringenti di motivazione delle scelte adottate, soprattutto con riferimento alle scelte connotate da un elevato grado di discrezionalità.

I componenti degli organi delle commissioni aggiudicatrici che partecipano alla procedura di gara mediante l'adozione di provvedimenti di autorizzazione o approvazione e versino in una situazione di conflitto di interessi si astengono dal partecipare alla decisione, nel rispetto della normativa vigente.

Per quanto riguarda l'esclusione dalla gara del concorrente si fa riferimento a quanto previsto dalle Linee guida dell'ANAC n. 15/2019.

Tra le misure atte a prevenire il rischio di interferenza, particolare attenzione deve essere dedicata al rispetto degli obblighi di dichiarazione, di comunicazione e di astensione.

E' cura del RPCT, d'intesa con il dirigente competente, monitorare l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione anche in considerazione delle informazioni acquisite con le dichiarazioni di cui all'art. 6, comma 1 del D.P.R. n. 62/2013 e dell'art. 6 bis della legge n. 241/1990.

Il RPCT, in collaborazione con la Direzione Aziendale, fornirà informativa scritta ai dipendenti che operano nella suddetta UOC sulle sanzioni applicabili in caso di omessa/falsa dichiarazione sulla sussistenza di situazioni di rischio, individuabili nelle sanzioni disciplinari di cui all'art. 16 del D.P.R. n. 62/2013 oltre che nella responsabilità amministrativa e penale. saranno indicate ai dipendenti anche gli effetti della violazione delle disposizioni sul conflitto di interessi sul procedimento amministrativo e sul provvedimento conclusivo dello stesso.

- Linee guida di cui alla Delibera della Giunta Regionale della Sardegna n. 65/31 del 06/12/2016;

- Linee Guida ATS Sardegna PG/2017/241268 del 05/07/2017, (applicabili ex Delibera ATS Sardegna n. 998 del 23 dicembre 2021);
- Direttiva ATS Sardegna incarichi extra istituzionali, Codice di Comportamento, Incompatibilità, Conflitto di Interessi NP/2018/72116 del 26.10.2018 (applicabili ex Delibera ATS Sardegna n. 998 del 23 dicembre 2021).

2.3.14. FORMAZIONE DI COMMISSIONI E ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La Legge 190/2012 introduce il nuovo art. 35 *bis* del Decreto Legislativo n. 165/2001 che pone 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.

2.3.14.1 NUOVO ART. 35 BIS D.LGS 165/2001

“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari”. Misure da attuare:

Con riferimento alla formazione di commissioni ed alle assegnazione agli uffici di cui all'art. 35 *bis* del Decreto Legislativo n. 165/2001, l'ASL procederà all'acquisizione a cura del Responsabile del Procedimento/Direttore di UOC di apposite dichiarazioni, ai sensi del DPR n. 445/2000, di assenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale.

Il Responsabile del procedimento/Direttore di UOC che ha acquisito le dichiarazioni provvederà, anche con la collaborazione degli uffici preposti, alla messa in atto degli opportuni controlli finalizzati

a verificare la veridicità di quanto dichiarato e provvederà a trasmettere relazione periodica inerente la messa in atto della misura di prevenzione con l'indicazione del numero di dichiarazioni acquisite, del numero di dichiarazioni per le quali sono stati richiesti i controlli e con l'indicazione delle determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo.

2.3.15 INCOMPATIBILITÀ/INCONFERIBILITÀ INCARICHI

A seguito delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni introdotte dalla Legge 190/2012, sulla base della quale è stato emanato il Decreto Legislativo n. 39/2013, l'ASL si attiva per conformarsi ai relativi disposti assumendo a riferimento anche la delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" e la delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili".

L'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). Si ricorda che l'obbligo suddetto, previsto dall'art. 20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

L'incompatibilità, invece, comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. h).

L'ASL Medio Campidano applica le seguenti misure di prevenzione:

- 1. acquisizione di apposite dichiarazioni (dichiarazione sostitutiva per inconferibilità degli incarichi dirigenziali dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali);
- 2. acquisizione, con cadenza annuale, della dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali ex art. 20, comma 2, D. Lgs. n. 39/2013;
- 3. accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità (delib. ANAC n. 833/2016).

2.3.15.1 SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO - ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

L'ATS Sardegna ha disciplinato la materia (vedi paragrafo 16) in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.”.

L'Azienda detta i criteri oggettivi e predeterminati, tali da escludere casi d'incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di attività/incarichi extraistituzionali del personale dipendente che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e non siano compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio.

Controlli e Regime Sanzionatorio:

- 1. L'osservanza delle disposizioni, stabilite dal presente regolamento, è soggetta alle verifiche effettuate a campione e/o mirate sui dipendenti da parte del competente Servizio Ispettivo (Deliberazione del Commissario Straordinario n.375 del 12/06/2020).
- 2. Il Servizio Ispettivo segnala al Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari le eventuali difformità rilevate affinché siano attivate le conseguenti procedure disciplinari.
- 3. La violazione della normativa in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi comporta l'applicazione di specifico regime sanzionatorio per il quale si rimanda al suddetto regolamento aziendale.

2.3.16 REVOLVING DOOR-PANTOUFLAGE

Al fine di assicurare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 che prevede il divieto, a carico dei dipendenti (sono da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo – cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015) che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi, l'Azienda consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa (secondo il fac-simile sotto riportato), con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in

calce circa l'avvenuta consegna della stessa.

Occorre precisare che nel novero dei “poteri autoritativi e negoziali” rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la P.A sia i provvedimenti che incidono, unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017) e 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.

INFORMATIVA EX ART. 53, COMMA 16 TER, D.LGSN. 165/2001

L'AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N.6 DEL MEDIO CAMPIDANO (ASL N. 6 MEDIO CAMPIDANO) CON LA PRESENTE NOTA INTENDE INFORMARE LA S.V. IN MERITO AL DISPOSTO DI CUI ALL'ART. 53, COMMA 16 TER, DEL D.LGS. N. 165/2001, CONSISTENTE NEL DIVIETO DI PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA (A TITOLO DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO), PER I TRE ANNI

SUCCESSIVI ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI PUBBLICO IMPIEGO IN ESSERE, NEI CONFRONTI DEI DESTINATARI DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI O DI CONTRATTI CONCLUSI CON IL PROPRIO APPORTO DECISIONALE NEGLI ULTIMI TRE ANNI DI SERVIZIO (*).

L'ASL N. 6 MEDIO CAMPIDANO POTRA' AGIRE IN GIUDIZIO PER OTTENERE IL RISARCIMENTO DEI DANNI NEL CASO SIA ACCERTATA LA VIOLAZIONE DEL DIVIETO CONTENUTO NELL'ART. 53, COMMA 16 TER, D.LGSN. 165/2001.

//////////

IO SOTTOSCRITTO _____ DIPENDENTE DELL'ATS SARDEGNA CON LA QUALIFICA DI _____, DIMISSIONARIO A FAR DATA DA _____ DICHIARO DI AVER RICEVUTO COPIA DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA IN DATA ODIERNA.

LUOGO E DATA _____ (firma)

(* Si riporta integralmente il testo dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs n. 165/2001:

16-ter. I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

2.3.17 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWING)

Come previsto dalla L. 190/2012, c. 51, l'Azienda rende disponibili strumenti che consentono la segnalazione di situazioni di illecito avendo cura di offrire opportune garanzie circa l'anonimato del

segnalante.

Il *whistleblower* è chi testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità. Il *whistleblowing* consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni. Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano violazioni ai codici di comportamento, danni patrimoniali, rischi, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico. Il *whistleblowing* non riguarda le lamentele di carattere personale del segnalante, solitamente disciplinate da altre procedure.

Per garantire tempestività di azione ed evitare la "fuoriuscita" incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine dell'Azienda, le segnalazioni devono essere indirizzate al *Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza*. Le segnalazioni sono considerate riservate e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

Funzione primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione dell'organismo preposto i possibili rischi di illecito di cui si è venuti a conoscenza: la segnalazione è quindi prima di tutto uno strumento preventivo. Se la segnalazione è sufficientemente qualificata e completa, senza ledere i diritti, anche alla privacy, del soggetto segnalato, potrà essere verificata tempestivamente e con facilità.

A seguito dell'entrata in vigore della legge n. 179 del 30 novembre 2017, pubblicata sulla G.U. n. 291 del 14 dicembre 2017, l'Azienda si adeguerà alle indicazioni che ANAC fornirà con l'emanazione di apposite linee guida, così come previsto dalla legge stessa.

2.3.18 FORMAZIONE

La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno dell'Azienda, rappresenta un importante strumento che può favorire lo sviluppo di una cultura della legalità.

Il Piano di Formazione, in linea di massima, prevede l'erogazione di una formazione di base a tutti gli operatori (anche attraverso la metodologia FAD - Formazione A Distanza on line) in materia di etica e cultura della legalità. A questa si aggiungono eventi specifici rivolti a particolari gruppi di operatori (dirigenti, specifiche figure professionali, ecc.) per affrontare in modo dettagliato i contenuti della normativa in rapporto all'applicazione della stessa ai processi aziendali.

Nel Piano i percorsi di formazione sono programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli:

- a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, anche con modalità FAD: riguarda le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale) che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione, debbono riguardare il contenuto del Codice di Comportamento e del Codice Disciplinare e devono ricomprendere anche l'esame di casi concreti;
- b) livello specifico per figure professionali, rivolto al Responsabile della Prevenzione, ai Referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: in tema di fattispecie di reato, strumenti utilizzati per la prevenzione (PTPCT, Codice di Comportamento e tematiche settoriali), in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione;
- c) livello specifico per settori di attività: è prevista l'organizzazione di appositi focus group, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati da un Dirigente o un operatore esperto con funzione di animatore, nell'ambito dei quali vengono esaminate ed affrontate problematiche concrete di prevenzione della corruzione, calate nel contesto dell'attività di settore, al fine di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato nelle diverse situazioni.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della Prevenzione in raccordo operativo con il Responsabile della Formazione e con i dirigenti Responsabili di UOC, per le aree tematiche di rispettiva competenza.

Le iniziative di formazione tengono conto del contributo che può essere dato dagli operatori interni all'amministrazione, inseriti come docenti nell'ambito di percorsi di aggiornamento e formativi.

Il tutto considerando le limitazioni imposte dai Decreti del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) che detta le misure di contrasto alla pandemia e di prevenzione del contagio da COVID-19.

2.3.19 PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

Le articolazioni organizzative competenti in materia di procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs n. 50 del 18 aprile 2016, della ASL n. 6 del Medio Campidano inseriranno il Patto di Integrità in tutte le procedure bandite. Il Patto di Integrità costituirà parte integrante dei contratti stipulati dall'ASL n. 6 del Medio Campidano.

L'espressa accettazione dello stesso costituirà condizione di ammissione alle procedure di gara, a tutte le procedure negoziate e agli affidamenti anche di importo inferiore a 40.000 euro, nonché per

l'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematici. Tale condizione dovrà essere esplicitamente prevista nei bandi di gara e nelle lettere di invito.

Una copia del Patto di Integrità, sottoscritta per accettazione dal legale rappresentante dell'operatore economico concorrente, dovrà essere allegata alla documentazione amministrativa richiesta ai fini della procedura di affidamento o dell'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematico. Per i consorzi ordinari o raggruppamenti temporanei l'obbligo riguarderà tutti i consorziati o partecipanti al raggruppamento o consorzio.

Il Patto di Integrità avrà efficacia dal momento della presentazione delle offerte, in fase di affidamento di contratti di lavori, servizi e forniture e sino alla completa esecuzione dei contratti aggiudicati.

Nelle more della predisposizione di un Patto di Integrità da parte della ASL n. 6 del Medio Campidano, si provvederà a recepire il Patto di Integrità di cui alla Deliberazione del Direttore Generale di ATS Sardegna n. 437 del 04/06/2019.

2.3.20 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI

L'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012 e s.m.i. prevede l'obbligo del monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge e dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. La ASL prevede il monitoraggio semestrale dei tempi di conclusione. Il report deve essere trasmesso da tutti i responsabili di UOC e di UOSD al Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza entro il giorno 30 del mese successivo a quello del periodo oggetto di monitoraggio. Ai sensi dell'art. 1, comma 28, della L. n. 190/2012 e s.m.i..

2.3.21 MISURE SPECIFICHE

Le misure specifiche sono indicate nell'Allegato 2 all'interno delle schede relative ai singoli processi organizzativi mappati in corrispondenza dei rischi potenziali rilevati.

2.3.22 MISURE TRASVERSALI DI PREVENZIONE

La ASL n. 6 considera fra le ulteriori misure trasversali di prevenzione, finalizzate sia alla prevenzione della corruzione, sia al buon andamento dell'attività dell'amministrazione, l'articolato sistema dei controlli interni costituito da:

- Controllo di Gestione;
- Internal Auditing;
- Percorsi attuativi della certificabilità;

- Risk management;
- Valutazione della performance.

Saranno, pertanto, adottate tutte le misure necessarie al fine di evitare ridondanze e di razionalizzare le attività istituzionali in un'ottica di integrazione, efficienza/efficacia e coerenza interna.

2.3.23 FLUSSI INFORMATIVI

All'interno del PTPCT sono identificati i Referenti che relazionano periodicamente verso il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Trasparenza al fine di aggiornarlo sia sullo stato di attuazione e adeguatezza del Piano sia sulle attività di monitoraggio svolte.

Al RPC debbono essere indirizzati (con periodicità definita, o per ogni singolo evento, o a richiesta) adeguati flussi informativi costituiti da:

- stato di avanzamento delle misure di prevenzione e/o modifica delle aree di rischio/controlli (da parte dei Referenti);
- segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato: il RPC accerta che chi segnala al superiore gerarchico o ai soggetti apicali dell'Azienda condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato;
- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del Codice di Comportamento (da parte dell' UPD);
- indicatori di Rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza;
- numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali;
- verifiche e controlli su cause di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;

2.3.24 GIORNATE DELLA TRASPARENZA

L'articolo 10, comma 6, del D.Lgs n. 33/2013 stabilisce che *“Ogni amministrazione presenta il Piano e la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo n. 150 del 2009 alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.”*

Tale giornata verranno svolte tenendo in considerazione la situazione pandemica in corso, e secondo i dispositivi indicati nei DPCM contro la diffusione del COVID-19.

L'iniziativa verrà rivolta alla cittadinanza, alle associazioni di volontariato impegnate nella tutela dei diritti dei pazienti e al personale dipendente.

2.3.25 VIOLAZIONI DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA E RESPONSABILITÀ.

Ai sensi dell'art. 1, c. 14, della Legge 190/2012 e s.m.i., in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il Responsabile della Prevenzione della corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ss.ii. .

2.3.26 PROSPETTIVE EVOLUTIVE

Tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19, e visto il differimento da parte del Consiglio dell'Autorità, al 30 aprile 2022, il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione e l'elaborazione dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2022-2024, il processo di revisione metodologica proposto, seppur avviato, non ha, al momento dell'adozione/pubblicazione del presente Piano, ancora prodotto evidenze sufficientemente strutturate o comunque tali da poter essere documentate adeguatamente, soprattutto per quanto concerne gli aspetti relativi all'analisi descrittiva dei processi (o rappresentazione degli elementi descrittivi), agli aspetti dell'identificazione dei rischi correlati alle singole attività del processo e all'analisi dei fattori abilitanti.

Non è stato possibile portare a termine, nel lasso di tempo a disposizione, il passaggio dal livello di analisi per processo a quello, più dettagliato, di analisi per attività che richiede comunque un significativo impegno temporale, la contestuale partecipazione attiva dei diversi responsabili dei processi mappati ed il loro fattivo coinvolgimento nella definizione/misura dei singoli indicatori di esposizione al rischio per giungere ad una valutazione complessiva e condivisa del livello di esposizione, prima di poter procedere con le successive fasi del processo di gestione del rischio stesso.

Per le ragioni sopra sinteticamente esposte, il lavoro già intrapreso secondo le indicazioni del nuovo PNA proseguirà con gradualità nel corso dell'anno 2022, parallelamente alla messa in atto delle azioni indicate e descritte nelle pagine precedenti, tenendo conto della definizione di processo suggerita dal PNA stesso.

L'elenco dei processi potrà essere aggregato nelle cosiddette "aree a rischio", intese come

raggruppamenti omogenei di processi. Le aree di rischio possono essere distinte in “generali” e “specifiche”. Le aree “generali” sono comuni a tutte le pubbliche amministrazioni (ad es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle “specifiche” riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività svolte dalla stessa. Ogni singolo processo dovrà essere descritto nei suoi elementi di base:

- che cos'è e che finalità ha;
- quali sono le attività che compongono il processo;
- responsabilità complessiva del progetto e indicazione dei soggetti che svolgono le attività del processo.

Tale descrizione di base potrà essere perfezionata con l'aggiunta di ulteriori elementi di descrizione. L'ultima fase della mappatura dei processi è costituita dalla rappresentazione degli elementi descrittivi del processo precedentemente citati.

2.3.27 RELAZIONE DEL RPCT

Entro il 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza provvede a redigere una relazione (su schema ANAC) diretta a riepilogare l'attività svolta e risultati conseguiti. Tale documento è pubblicato sul sito internet nella sezione apposita come previsto dall'art. 1 comma 14 della L.190/2012 e viene trasmesso al Nucleo di valutazione e al Direttore generale dell'Azienda.

2.3.28 TRASPARENZA E PRIVACY

La pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti prevista dalla normativa sulla trasparenza deve avvenire nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. n. 196/2003). Le strutture aziendali responsabili della pubblicazione devono pertanto effettuare un'attività di bilanciamento degli interessi tra i due diritti coinvolti: il diritto all'informazione del cittadino da una parte e il diritto alla riservatezza della persona fisica dall'altra.

Prima di procedere alla pubblicazione sul sito web è necessario:

- individuare se esiste un presupposto di legge o di regolamento che legittima la diffusione del documento che contiene dati personali;
- verificare, caso per caso, se i dati personali contenuti nel documento sono necessari rispetto alle finalità della pubblicazione ed eventualmente oscurare determinate informazioni, tenendo sempre

presente l'importante principio di minimizzazione dei dati personali contenuto nel Regolamento UE 2016/679.

2.3.29 ENTRATA IN VIGORE

Il PTPCT 2022/2024 entra in vigore con l'adozione della delibera di approvazione da parte del Direttore Generale. E' pubblicato sul sito web della ASL n. 6 del Medio Campidano, sezione "Amministrazione Trasparente" - sotto sezione "Altri Contenuti" - "Corruzione". Si richiama in applicazione al presente PTPCT, per quanto non esplicitamente menzionato, la normativa vigente in materia.

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

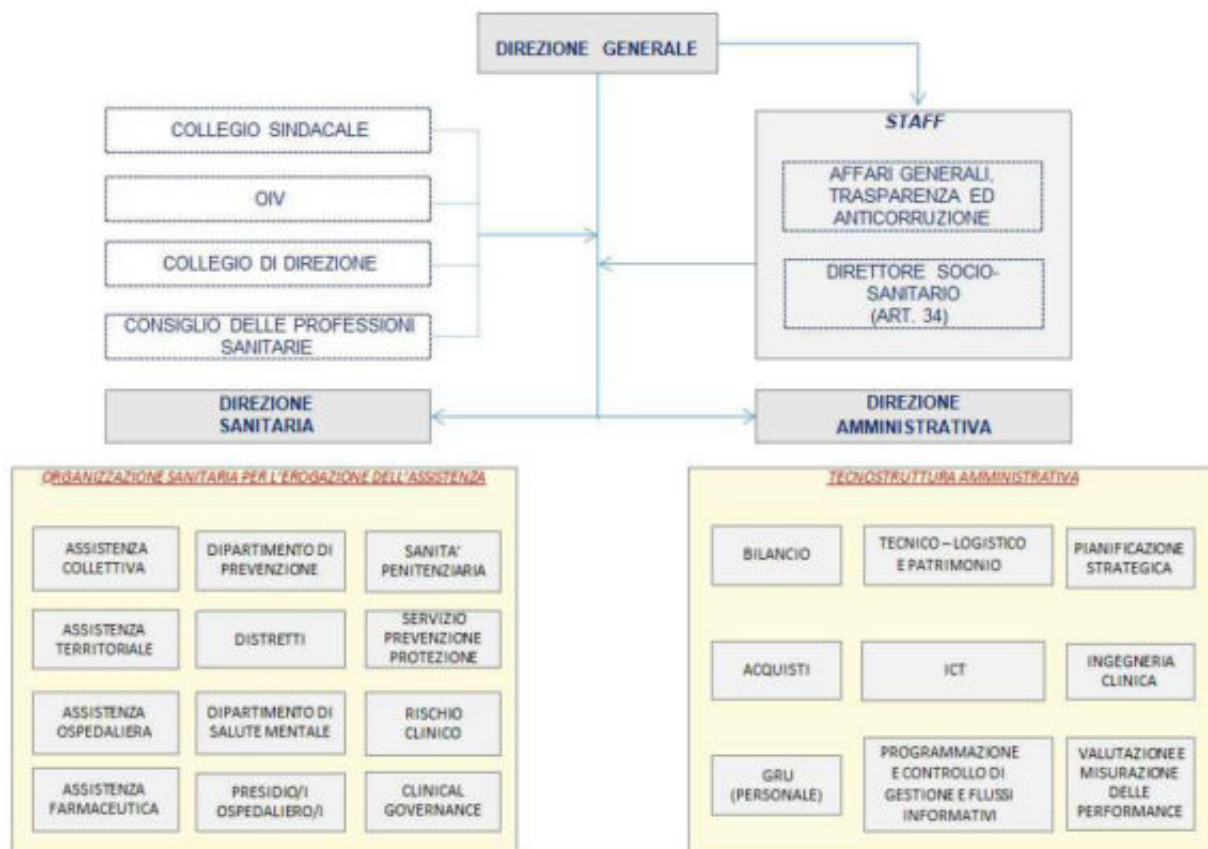
3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Come indicato in premessa, l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 6 del Medio Campidano è nata il 01.01.2022 e l'assetto organizzativo risulta in fase di definizione.

Al fine di assicurare la continuità dell'agire amministrativo e l'adempimento dei compiti istituzionali cui l'Azienda è preposta, l'ARES ha confermato in via provvisoria, con Delibera n. 5 del 26.01.2022, nelle more dell'adozione dell'Atto aziendale, l'organizzazione presente in ATS Sardegna al 31.12.2021.

Risultano avviati i lavori di definizione dell'Atto aziendale, le cui linee guida, dettate dalla Regione con Delibera della Giunta n. 12/15 del 07.04.2022, sono al vaglio della Commissione consiliare competente.

Il modello organizzativo della ASL, delineato dalle menzionate linee guida, risulta il seguente:



Nell'articolazione organizzativa che ne deriva è possibile distinguere le seguenti componenti:

- la direzione strategica e il relativo staff;
- la tecnostruttura-amministrativa;
- l'organizzazione sanitaria per l'erogazione dell'assistenza.

Lo staff della Direzione Generale svolge le seguenti funzioni:

- segreteria di direzione strategica, affari generali e servizio giuridico - amministrativo, trasparenza, anticorruzione, relazioni istituzionali e comunicazione pubblica;
- coordinamento funzionale delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria.

L'area della tecnostruttura amministrativa dell'Azienda sanitaria è articolata per assicurare le seguenti funzioni:

- programmazione e controllo di gestione e flussi informativi;
- pianificazione strategica;
- bilancio;
- tecnico-logistico e patrimonio;
- acquisti;
- valutazione e misurazione delle performance;
- gestione risorse umane;
- ICT;
- ingegneria clinica.

L'intera organizzazione dovrà tener conto della dimensione aziendale e delle funzioni assegnate ad ARES dalla Legge regionale n. 24/2020, considerando che le funzioni dell'Area di staff sono sviluppate secondo un modello dipartimentale.

All'interno delle Macro-strutture, in ragione della valenza strategica e della complessità organizzativa, è prevista l'istituzione di Strutture semplici e complesse di tipo dipartimentale, considerato che la L.R. n. 24/2020 individua il dipartimento come modello ordinario di gestione operativa a livello aziendale o interaziendale.

Inoltre, è richiesta la valorizzazione sia del governo clinico, che dell'assistenza infermieristica, ostetrica e tecnico-sanitaria prevedendo la direzione dei servizi delle professioni sanitarie secondo

un modello dipartimentale.

Si prevede, inoltre, l'istituzione delle strutture di farmaceutica territoriale e ospedaliera.

Nella definizione dell'assetto organizzativo aziendale, sarà previsto uno stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, nonché l'indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria.

L'atto aziendale dovrà prevedere altresì l'attivazione dei punti di accesso unitario dei servizi sanitari (PASS) in ogni Presidio ospedaliero e in ogni Distretto.

E' prevista la costituzione del Dipartimento di prevenzione e del Dipartimento strutturale territoriale di salute mentale preposto alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze ed all'organizzazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute mentale delle persone in coerenza con la programmazione strategica regionale sulla salute mentale, che opera in stretta correlazione con il Dipartimento di psicologia delle Cure Primarie.

Inoltre, devono essere garantite le seguenti funzioni:

- Servizio Prevenzione e Protezione, il cui Responsabile è stato nominato con Delibera n. 2 del 5 gennaio 2022;
- Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, il cui Responsabile è stato nominato con Delibera n. 25 del 21 febbraio 2022;
- DPO – Data Privacy Officer, il cui servizio è stato assegnato all'operatore Karanoa Srl con Delibera n. 39 del 3 marzo 2022.

3.2 L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Lo strumento di programmazione e organizzazione del lavoro agile è il POLA. L'obbligo per le Pubbliche amministrazioni di dotarsi del POLA è previsto dall'art. 14, comma 1 della legge n. 124 del 2015, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, (c.d. Decreto rilancio), convertito con Legge 17 luglio 2020 n. 77.

3.2.1 L'ATTUALE QUADRO NORMATIVO SUL LAVORO AGILE

In considerazione dell'evolversi della situazione pandemica il lavoro agile ha cessato di essere uno strumento di contrasto alla situazione epidemiologica. Sul punto, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, è stato previsto che, a decorrere dal 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni è soltanto quella svolta in presenza. Si torna, pertanto, al regime previgente alla diffusione della pandemia, disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", che prevede l'obbligo dell'accordo individuale per l'accesso al lavoro agile.

In questa fase di trasformazione, in attesa di una disciplina più compiuta da parte della contrattazione collettiva, il lavoro agile è previsto solo nel rispetto delle seguenti condizioni:

1. invarianza dei servizi resi all'utenza;
2. adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, che assicura comunque la prevalenza del lavoro in presenza;
3. adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
4. previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
5. fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
6. stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, che definisca:
 - a) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
 - b) la durata dell'accordo (avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato);
 - c) le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
 - d) le modalità di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 della legge n. 81/2017;

- e) le ipotesi di giustificato motivo di recesso;
 - f) i tempi di riposo del lavoratore che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti per i lavoratori in presenza nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
 - g) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.
 - h) le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
7. prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
8. rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

La Circolare del 5 gennaio 2022 del Ministero della Pubblica Amministrazione stabilisce che “ogni amministrazione pertanto, può programmare il lavoro agile con una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile con ampia flessibilità, anche modulandolo, come necessario in questo particolare momento, sulla base dell'andamento dei contagi, tenuto conto che la prevalenza del lavoro in presenza indicata nelle linee guida potrà essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile”. In un'ottica di flessibilità, le amministrazioni possono, dunque, equilibrare il rapporto lavoro agile-presenza secondo le proprie esigenze organizzative.

Da ultimo, con il D.L. 24 del 24 marzo 2022 cd. “Decreto Riaperture” è cessato lo stato di emergenza al 31 marzo 2022.

Il quadro sopra delineato sarà completato dalla normativa nazionale e/o accordi in materia di lavoro agile che l'ARAN e i Sindacati stanno elaborando nell'ambito del tavolo contrattuale in corso e che, al momento, vede aperto il confronto sui seguenti temi: la definizione di lavoro agile; l'accesso; l'accordo individuale; relazioni sindacali; fasce di contattabilità e disconnessione; trattamento economico; responsabilità del datore di lavoro e del lavoratore per quanto attiene la sicurezza e il buon funzionamento degli strumenti tecnologici; diritto ad usufruire di ferie e permessi.

3.2.2 L'ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE IN ATS SARDEGNA NELLA FASE DEL C.D. RIENTRO IN SICUREZZA

Sulla base di quanto previsto dall'art. 263 del D.L. n. 34 del 19/5/2020 convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 17/07/2020, dalla Circolare n. 3/2020 e dal Protocollo quadro “Rientro in sicurezza”, nel corso del 2020, l'ATS Sardegna adottava misure organizzative volte a contemperare le esigenze di rientro nei luoghi di lavoro con quelle della salute e sicurezza, quali, ad esempio:

informazione al personale sulle procedure adottate per garantire salute e sicurezza sul luogo di lavoro, pulizia e sanificazione degli ambienti, organizzazione di riunioni periodiche di monitoraggio, applicazione/aggiornamento protocolli di sicurezza nelle varie sedi (“Riunioni Comitato COVID”), con il coinvolgimento dei datori di lavoro, RLS, OO.SS. e RSPP.

Come precedentemente indicato, in ottemperanza al DPCM del 23 settembre 2021 e del DM dell'8 ottobre 2021, ai sensi del quale a partire dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento dell'attività lavorativa è in presenza, l'ATS Sardegna accompagnava il graduale rientro in ufficio con misure organizzative che, senza ridurre la fruizione dei servizi all'utenza e con un'adeguata rotazione del personale che presta lavoro agile, prevedevano il rispetto del criterio della prevalenza del lavoro in presenza rispetto a quello da remoto, in quanto lo svolgimento del lavoro agile deve *“assicurare in ogni caso che la prestazione lavorativa di ciascun dipendente sia effettuata in ufficio almeno tre giorni alla settimana, in caso di nastro orario su 5 giorni settimanali, ovvero almeno quattro giorni alla settimana su un nastro orario di sei giorni settimanali, con riproporzionamento nel caso di lavoratori in part-time verticale settimanale”*.

In ATS Sardegna, fino al 31.12.2021, la nuova modalità lavorativa è stata adottata con lo scopo di favorire il personale con particolari condizioni personali e familiari. Sono state mantenute le tutele a favore dei dipendenti in condizioni di fragilità, ovvero i dipendenti disabili in stato di gravità o in una condizione di rischio derivante da immunodepressione, da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, i quali, di norma, svolgono la prestazione lavorativa in modalità agile.

3.2.3 IL LAVORO AGILE NELLA ASL MEDIO CAMPIDANO

In attesa del completamento del processo di riorganizzazione avviato con la Legge regionale n.24/2020, nelle more della definizione dell'atto aziendale, al fine di rendere il lavoro agile un'opportunità strutturata, la Asl del Medio Campidano, procederà ad aggiornare i provvedimenti già adottati in ATS Sardegna e a disciplinare gli aspetti più rilevanti del lavoro agile e le modalità attuative di dettaglio, come la flessibilità oraria in entrata e in uscita, i criteri di priorità a tutela dei lavoratori “fragili”, le misure di rotazione del personale nello svolgimento dell'attività da remoto e il diritto alla disconnessione, favorendo in tal modo la sua introduzione in modo progressivo e graduale.

L'utilizzo dello smart working impone, infatti, una rilevante riorganizzazione dei processi e degli spazi.

Presuppone un profondo cambiamento culturale, una revisione radicale del modello organizzativo

dell'azienda pubblica e il ripensamento delle modalità che caratterizzano il lavoro.

Per espressa statuizione normativa, la prestazione resa in modalità agile ha la stessa efficacia di quella svolta in presenza e il personale che lo svolge può quindi essere a pieno titolo inserito nel sistema di misurazione e valutazione della performance, poiché non si configura quale attività a sé stante, ma rappresenta una modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati e illustrati nel Piano della performance, a cui il presente Piano è collegato.

Nelle Aziende sanitarie lo smart working riguarda il personale del ruolo amministrativo, alcune qualifiche del ruolo tecnico, sono escluse le attività socioassistenziali e di cura che richiedono un contatto diretto con i pazienti, quelle da prestare su turni o che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabili da remoto ad eccezione di limitati casi (es. lavoratori fragili);

Potenzialmente, tutti i dipendenti, con regime di rotazione, possono svolgere le attività in modalità agile, ove **ricorrono le seguenti condizioni minime**:

- possibilità di svolgere da remoto almeno parte della attività a cui è assegnato il dipendente, senza la necessità di costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- possibilità di monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti;
- disponibilità della strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all'espletamento della prestazione in modalità agile, eventualmente fornita dalla ASL;
- non è pregiudicata l'erogazione dei servizi rivolti a cittadini ed imprese che deve avvenire con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

3.2.4 I FATTORI ABILITANTI

Nel caso del lavoro agile, rivestono un ruolo fondamentale i fattori abilitanti del processo di cambiamento.

In relazione alla strutturazione del piano e sulla base dell'esperienza fin qui maturata in ATS Sardegna, l'Azienda valuterà la possibilità di ampliare le attività da svolgere in modalità agile, muovendo dall'analisi dello stato di salute organizzativa, professionale, digitale ed economico-finanziario.

A tal fine **l'Azienda**:

- 1) dovrà avviare **un'operazione preliminare di mappatura delle attività svolte** all'interno di ciascuna unità operativa al fine di individuare sommariamente quelle che non richiedono l'utilizzo di strumenti informatici ovvero che richiedono esclusivamente l'utilizzo del PC e del collegamento web (immediatamente autorizzabili), il collegamento con i Sistemi informativi aziendali (autorizzabili solo dopo i necessari adeguamenti informatici).
- 2) dovrà avviare un'analisi combinata dei fattori rilevanti. Particolare attenzione sarà rivolta all'analisi del benessere organizzativo per comprendere l'impatto che l'introduzione del lavoro agile può avere sulle dinamiche relazionali, sia verticali che orizzontali, tra i membri dell'amministrazione e dovrà effettuare un'analisi accurata dei fattori abilitanti del processo di cambiamento sia sul piano informatico che su quello economico-finanziario, al fine di individuare eventuali elementi critici all'implementazione del lavoro agile ovvero gli aspetti che possono favorirne il successo (c.d. salute digitale e salute economico-finanziaria). Sarà **indispensabile dunque verificare:**
 - ✓ disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro;
 - ✓ funzioni applicative di "conservazione" dei dati/prodotti intermedi del proprio lavoro per i dipendenti che lavorino dall'esterno;
 - ✓ disponibilità di applicativi software che permettano alla lavoratrice o al lavoratore nell'ottica del lavoro per flussi, di lavorare su una fase del processo lasciando all'applicativo l'onere della gestione dell'avanzamento del lavoro, nonché dell'eventuale sequenza di approvazione di sottoprodotti da parte di soggetti diversi, nel caso di flussi procedurali complessi con più attori.

L'Amministrazione deve inoltre incrementare la diffusione delle competenze digitali, attraverso la rilevazione dei fabbisogni di formazione e la promozione di interventi formativi mirati e al contempo, verificare la presenza della copertura economica e finanziaria che consenta l'avvio e lo svolgimento delle attività.

3.2.5 GLI OBIETTIVI NEL LAVORO AGILE

Il lavoro agile è accompagnato dall'assegnazione di specifici obiettivi ai dipendenti degli uffici, che li realizzano in piena autonomia, senza vincoli di orario e senza presenziare fisicamente in servizio.

Un ruolo fondamentale nell'attuazione e nello sviluppo del lavoro agile è svolto dai Direttori delle Strutture della ASL del Medio Campidano, chiamati ad individuare le attività ed il personale coinvolto nel lavoro agile, garantendo equità e non discriminazione nel rispetto delle previsioni

normative ed in base alle esigenze della struttura.

I dipendenti concordano con i responsabili del proprio servizio l'articolazione settimanale del lavoro, garantendo ove possibile l'alternanza tra smart working e la presenza fisica.

I dirigenti saranno chiamati a consentire la rotazione del personale in presenza, rispettando le condizioni dei lavoratori fragili, organizzare il lavoro per obiettivi e priorità, monitorando costantemente le attività rese e i risultati raggiunti dal personale in lavoro agile.

Questi potranno assegnare nuove mansioni e individuare specifiche attività progettuali.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Considerata l'attuale fase di riorganizzazione del SSR, soltanto a seguito dell'approvazione dell'Atto aziendale e dei documenti di programmazione economico-finanziaria, nonché dell'esercizio del diritto di opzione previsto dalla DGR n. 49/74 del 27.12.2021, sarà possibile elaborare il PFTP definitivo.

La ripartizione sotto riportata, che deriva dall'assegnazione delle Risorse in servizio nelle strutture della ex ASSL alla data del 1.01.2022, includendo le risorse del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale ed escludendo il personale afferente ai Dipartimenti Centrali ATS che provvisoriamente afferiscono ad ARES (Dipartimenti dell'Area Tecnico Amministrativa ATS, dell'Area di Staff e Tecnostruttura ATS e della Direzione Aziendale ATS), consente di illustrare la consistenza del personale della ASL per profilo professionale, ruolo e categoria:

CONTRATTO	RUOLO	PROFILO PROF.LE/DISCIPLINA	TEMPO INDETERMINATO		TEMPO DETERMINATO		TEMPO DETERMINATO COVID		TEMPO DETERMINATO FINANZIATO		TOTALE RISORSE UMANE	
			TESTE	COSTO ANNUO	TESTE	COSTO ANNUO	TESTE	COSTO ANNUO	TESTE	COSTO ANNUO	TESTE	COSTO ANNUO
COMPARTO	AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO - B	7	€ 140.002,03	0	€ -	0	€ -	0	€ -	7	140.002,03 €
COMPARTO	AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO - C	10	€ 224.803,40	14	€ 288.497,70	8	€ 179.842,72	0	€ -	32	693.143,82 €
COMPARTO	AMMINISTRATIVO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE - D	11	€ 268.620,55	0	€ -	0	€ -	0	€ -	11	268.620,55 €
COMPARTO	AMMINISTRATIVO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE SENIOR - DS	1	€ 26.327,64	0	€ -	0	€ -	0	€ -	1	26.327,64 €
DIRIGENZA	AMMINISTRATIVO	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO - DIRIGENZA	2	€ 91.155,22	0	€ -	0	€ -	0	€ -	2	91.155,22 €
COMPARTO	PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO - D	1	€ 24.420,05	0	€ -	0	€ -	0	€ -	1	24.420,05 €
COMPARTO	TECNICO	ASSISTENTE TECNICO - C	1	€ 22.480,34	0	€ -	0	€ -	0	€ -	1	22.480,34 €
COMPARTO	TECNICO	COLLAB. PROF. ASSISTENTE SOCIALE - D	10	€ 244.200,50	0	€ -	0	€ -	0	€ -	10	244.200,50 €
COMPARTO	TECNICO	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - D	2	€ 48.840,10	0	€ -	0	€ -	0	€ -	2	48.840,10 €
DIRIGENZA	TECNICO	DIRIGENTE ANALISTA - DIRIGENZA	1	€ 45.577,61	0	€ -	0	€ -	0	€ -	1	45.577,61 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO ASSISTENTE SANITARIO - D	2	€ 48.840,10	2	€ 48.840,10	9	€ 219.780,45	0	€ -	13	317.460,65 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO EDUCATORE PROFESSIONALE - D	2	€ 48.840,10	0	€ -	0	€ -	0	€ -	2	48.840,10 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO FISIOTERAPISTA - D	15	€ 366.300,75	2	€ 48.840,10	0	€ -	0	€ -	17	415.140,85 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO INFERMIERE - D	235	€ 5.738.711,75	12	€ 293.040,60	23	€ 561.661,15	0	€ -	270	6.593.413,50 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO INFERMIERE PEDIATRICO - D	6	€ 146.520,30	3	€ 73.260,15	0	€ 0,00	0	€ -	9	219.780,45 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO LOGOPEDISTA - D	4	€ 97.680,20	0	€ -	0	€ -	0	€ -	4	97.680,20 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF.	19	€ 463.980,95	3	€ 73.260,15	0	€ -	0	€ -	22	537.241,10 €

		SANITARIO OSTETRICA - D										
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO TEC. DI NEURO FISIOPATOLOGIA - D	1	€ 24.420,05	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	1	24.420,05 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO TEC. PREV. AMB. LUOGHI LAVOR - D	25	€ 610.501,25	0	€ 0,00	0	€ 0,00	0	€ -	25	610.501,25 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO TEC. SANIT. DI LABORATORIO BIOMEDICO - D	16	€ 390.720,80	3	€ 73.260,15	0	€ -	0	€ -	19	463.980,95 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO TEC. SANIT. DI RADIOLOGIA MEDICA - D	16	€ 390.720,80	0	€ -	0	€ -	0	€ -	16	390.720,80 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA - D	1	€ 24.420,05	0	€ -	0	€ -	0	€ -	1	24.420,05 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLAB. PROF. SANITARIO INFERMIERE SENIOR - DS	1	€ 26.327,64	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	1	26.327,64 €
DIRIGENZA	SANITARIO	DIRIGENTE BIOLOGO - DIRIGENZA	2	€ 95.493,66	2	€ 95.493,66	1	€ 47.746,83	0	€ -	5	238.734,15 €
DIRIGENZA	SANITARIO	COSTO DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	0	€ -	0	- €
DIRIGENZA	SANITARIO	DIRIGENTE FISICO - DIRIGENZA	0	€ 0,00	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	0	- €
DIRIGENZA	SANITARIO	DIRIGENTE PSICOLOGO - DIRIGENZA	14	€ 668.455,62	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	14	668.455,62 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	ANATOMIA PATOLOGIA - DIRIGENZA	1	€ 48.776,98	1	€ 27.535,39	0	€ -	0	€ -	2	76.312,37 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE - DIRIGENZA	15	€ 731.654,70	1	€ 48.776,98	0	€ -	0	€ -	16	780.431,68 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	CARDIOLOGIA - DIRIGENZA	9	€ 438.992,82	1	€ 48.776,98	0	€ -	0	€ -	10	487.769,80 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	CHIRURGIA GENERALE - DIRIGENZA	10	€ 487.769,80	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	10	487.769,80 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - DIRIGENZA	3	€ 146.330,94	0	€ 0,00	0	€ 0,00	0	€ -	3	146.330,94 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	EMATOLOGIA - DIRIGENZA	0	€ 0,00	1	€ 48.776,98	0	€ -	0	€ -	1	48.776,98 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	ENDOCRINOLOGIA - DIRIGENZA	5	€ 243.884,90	1	€ 48.776,98	0	€ -	0	€ -	6	292.661,88 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA - DIRIGENZA	1	€ 48.776,98	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	1	48.776,98 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	GASTROENTEROLOGIA - DIRIGENZA	3	€ 146.330,94	2	€ 97.553,96	0	€ -	0	€ -	5	243.884,90 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE - DIRIGENZA	1	€ 48.776,98	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	1	48.776,98 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA - DIRIGENZA	8	€ 390.215,84	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	8	390.215,84 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	MALATTIE METABOLICHE E DIAB. - DIRIGENZA	0	€ 0,00	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	0	- €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVOR - DIRIGENZA	1	€ 48.776,98	1	€ 48.776,98	0	€ -	0	€ -	2	97.553,96 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACETTAZIONE E D'URGENZA - DIRIGENZA	7	€ 341.438,86	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	7	341.438,86 €

DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	MEDICINA FISICA E DELLA RIABILITAZIONE - DIRIGENZA	2	€ 97.553,96	0	€ -	0	€ -	0	€ -	2	97.553,96 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	MEDICINA INTERNA - DIRIGENZA	15	€ 731.654,70	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	15	731.654,70 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	MEDICINA LEGALE - DIRIGENZA	1	€ 48.776,98	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	1	48.776,98 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	MEDICINA TRASFUSIONALE - DIRIGENZA	4	€ 195.107,92	1	€ 48.776,98	0	€ -	0	€ -	5	243.884,90 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	NEFROLOGIA - DIRIGENZA	5	€ 243.884,90	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	5	243.884,90 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	NEUROLOGIA - DIRIGENZA	2	€ 97.553,96	0	€ -	0	€ -	0	€ -	2	97.553,96 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - DIRIGENZA	3	€ 146.330,94	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	3	146.330,94 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	OFTALMOLOGIA - DIRIGENZA	1	€ 48.776,98	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	1	48.776,98 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	ONCOLOGIA - DIRIGENZA	6	€ 292.661,88	1	€ 48.776,98	0	€ -	0	€ -	7	341.438,86 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE - DIRIGENZA	8	€ 390.215,84	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	8	390.215,84 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - DIRIGENZA	10	€ 487.769,80	0	€ -	0	€ -	0	€ -	10	487.769,80 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA - DIRIGENZA	7	€ 341.438,86	7	€ 341.438,86	0	€ -	0	€ -	14	682.877,72 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	PATOLOGIA CLINICA - DIRIGENZA	6	€ 292.661,88	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	6	292.661,88 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	PEDIATRIA - DIRIGENZA	6	€ 292.661,88	0	€ -	0	€ -	0	€ -	6	292.661,88 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	PSICHIATRIA - DIRIGENZA	14	€ 682.877,72	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	14	682.877,72 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	RADIOLOGICA - DIRIGENZA	11	€ 536.546,78	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	11	536.546,78 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	UROLOGIA - DIRIGENZA	2	€ 97.553,96	1	€ 12.194,25	0	€ -	0	€ -	3	109.748,21 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - DIRIGENZA	5	€ 243.884,90	4	€ 149.346,72	0	€ -	0	€ -	9	393.231,62 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE - DIRIGENZA	4	€ 195.107,92	1	€ 48.776,98	0	€ -	0	€ -	5	243.884,90 €
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	SANITARIO	SANITÀ ANIMALE - DIRIGENZA	8	€ 390.215,84	3	€ 98.734,05	0	€ -	0	€ 0,00	11	488.949,89 €
COMPARTO	TECNICO	AUSILIARIO SPECIALIZZATO - A	3	€ 56.790,87	0	€ 0,00	0	€ 0,00	0	€ -	3	56.790,87 €
COMPARTO	TECNICO	OPERATORE TECNICO - B	9	€ 180.002,61	0	€ -	0	€ -	6	€ 120.001,74	15	300.004,35 €
COMPARTO	TECNICO	OPERATORE SOCIO SANITARIO - BS	72	€ 1.440.020,88	15	€ 300.004,35	16	€ 320.004,64	0	€ 0,00	103	2.060.029,87 €
COMPARTO	TECNICO	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - BS	11	€ 232.332,43	0	€ 0,00	0	€ 0,00	0	€ -	11	232.332,43 €
COMPARTO	SANITARIO	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA - D	0	€ 0,00	0	€ -	0	€ -	0	€ -	0	- €

FONTE: SISAR HUMAN RESOURCE CENTRALIZZATO HR

L'attuale organico è provvisorio ed è il risultato dell' incremento del dimensionamento di partenza

effettuato, nelle more dell'approvazione del PTFP 2022/2024, nei limiti del budget transitorio autorizzato con DRG n. 13/60 del 15.04.2022, che al fine di garantire la piena operatività delle strutture sanitarie e la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ha anche consentito la sostituzione del personale a tempo indeterminato cessato dal 1.1.2022 in poi con un turnover al 100% e la sostituzione o proroga fino al 31.12.2022 dei contratti a tempo determinato in scadenza nel corso del 2022.

L'aggiornamento del presente Piano sarà pertanto inevitabile a seguito della completa attuazione della Riforma sanitaria, tenuto conto che l'azione amministrativa sarà destinata a coinvolgere diversi ambiti che in passato erano presidiati centralmente da parte di ATS Sardegna.

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) rappresenta uno strumento organico e articolato, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici della programmazione e delle emergenze sanitarie.

La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze, volto al miglioramento continuo dell'organizzazione, all'umanizzazione dei servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale e la realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale.

Tutta l'attività formativa proposta per il 2022 è inserita nel PFA e rispetta i criteri previsti dal modello regionale di accreditamento dei provider della Sardegna, così come definito dalla D.G.R. 4/14 del 5.2.2014 e dalla D.G.R. 31/15 del 19.6.2018.

L'Area Formazione è stata individuata quale Provider unico per l'accREDITAMENTO dei corsi previsti nel PFA del 2022.

Il Piano della Formazione 2022 adottato da ATS Sardegna con Delibera n. 963 del 21.12.2021, per la ASL del Medio Campidano prevede il Piano formativo di seguito riportato per le parti di interesse, con gli adattamenti conseguenti all'attuazione della Riforma sanitaria.

3.4.1 PREMESSA

In attesa di definizione della nuova riorganizzazione Aziendale sono state previste **fin da ora specifiche iniziative di formazione nei seguenti ambiti:**

- Riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale
- Programma di riqualificazione e certificazione di competenze del sistema dell'Emergenza-Urgenza della Regione Sardegna;
- Gestione del rischio clinico e sicurezza sul lavoro
- Utilizzo della Simulazione e sviluppo delle Non Technical Skills;
- Formazione all'utilizzo della Biblioteca Scientifica Regionale presso la piattaforma digitale di Sardegna Ricerche e relativa diffusione dello strumento tra gli operatori sanitari.

3.4.2 OBIETTIVI RAGGIUNTI E OBIETTIVI OGGETTO DI MIGLIORAMENTO

L'attività formativa relativa al 2020 ha risentito della dichiarazione dello stato di emergenza a causa della pandemia da Covid 19. Già nei primi giorni di marzo la Direzione Aziendale e l'Assessorato Regionale alla Sanità hanno disposto l'interruzione delle attività in presenza. Per far fronte alla situazione la SC Formazione si è dotata di 10 licenze dell'applicativo Cisco Training che hanno consentito di spostare sulla modalità a distanza buona parte dell'attività formativa (RES in videoconferenza, FAD sincrone e asincrone). Per quanto riguarda le attività in FAD asincrona si è fatto ricorso alla piattaforma Moodle aziendale.

Si sono svolte in presenza le attività formative in modalità FSC (corsi sull'utilizzo dei DPI, corsi di emergenza urgenza, ecc.) per le quali sono state previste motivate eccezioni.

Grazie alla acquisizione di queste tecnologie e alla riconversione delle attività si è potuto quindi far fronte alla situazione di emergenza e garantire sia sul piano qualitativo sia su quello quantitativo una adeguata formazione agli operatori in pressoché tutti i settori.

Particolare rilevanza hanno avuto i percorsi formativi specifici per la gestione dell'emergenza Covid 19: corsi di vestizione e de-vestizione dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), corsi di approfondimento clinico e operativo sulla gestione ospedaliera dei pazienti ricoverati.

Come si può rilevare dai dati, seppure parziali, dal 2021 c'è stata una notevole crescita della percentuale dei corsi FSC e FAD e una meno marcata, anche se significativa, crescita dei corsi in modalità BLENDED, a conferma della differenziazione dell'offerta formativa per rispondere al meglio ai bisogni formativi espressi dalle Unità Operative aziendali.

Particolare attenzione è stata inoltre data ai corsi in materia di sicurezza sul lavoro, sia quelli di base per tutti i lavoratori (con la attivazione di attività a distanza) sia quelli avanzati realizzati con modalità miste (a distanza e in presenza). Nel Piano Formativo del 2022 è previsto un ulteriore significativo incremento di queste attività.

3.4.3 RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI

Il fabbisogno formativo per il 2022 è stato definito attraverso:

- La richiesta ai direttori di struttura, inviata il 6/10/2021, di proposte di eventi formativi necessari per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze tecnico-professionali e relazionali della propria unità operativa;
- L'analisi dei documenti di programmazione nazionali, regionali e aziendali;
- L'integrazione con i corsi di formazione a distanza asincroni a seguito dell'attivazione della

Piattaforma FAD aziendale;

- L'utilizzo delle 10 licenze per la formazione a distanza sincrona.

Il PFA 2022 costituisce l'offerta formativa annuale della ATS Sardegna ed è il risultato:

- degli indirizzi dati dalla Regione Autonoma della Sardegna;
- degli indirizzi della Direzione Aziendale (Formazione Generale);
- dei fabbisogni formativi espressi dalle Direzioni di Area, dai Dipartimenti, dai Distretti e dalle Unità Operative (Formazione specifica)

Il PFA elaborato dal Servizio Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo, è stato validato dal Comitato scientifico e dal Collegio di Direzione di ATS e approvato dalla Direzione Generale con atto deliberativo n. 963 del 21.12.2021;

Gli obiettivi, le metodologie e le finalità del PFA devono tendere a garantire la coerenza con:

- Gli obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali;
- Le scelte strategiche aziendali;
- L'analisi del fabbisogno formativo espresso dalle articolazioni aziendali;
- Le competenze scientifiche delle varie professionalità;
- Il miglioramento qualitativo degli eventi formativi.

La realizzazione dei punti sopra citati, implica il raggiungimento di obiettivi di sistema, di processo e tecnico professionali.

All'interno del Piano della Formazione assumono particolare rilievo tre tipologie di obiettivi formativi:

1. **obiettivi formativi tecnico-professionali**, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività nella disciplina di appartenenza;
2. **obiettivi formativi di processo**, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della sicurezza negli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono dunque ad operatori e gruppi di lavoro che intervengono in un determinato segmento di produzione;
3. **obiettivi formativi di sistema**, finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza,

efficacia, appropriatezza e sicurezza del sistema sanitario. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali.

Gli obiettivi formativi di rilievo nazionale sono definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e sono riconducibili alle attività sanitarie e sociosanitarie collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza. Detti obiettivi, nel tener conto dei programmi per la salute definiti dal Piano Sanitario Nazionale, oltre a promuovere le condizioni generali di salute della popolazione di riferimento, vanno altresì riferiti alla necessità di promuovere e mantenere nel tempo quelle conoscenze e quelle competenze indispensabili per il miglioramento degli standard di efficacia, appropriatezza, sicurezza e qualità dei servizi resi ai cittadini.

3.4.4 PROGRAMMA FORMATIVO PER L'ANNO 2022

L'Azienda programma attività formative che garantiscano pari opportunità a tutti i dipendenti, che siano sostenibili nei costi e di dimostrata efficacia.

Le aree della formazione che si intendono sviluppare nel corso del 2022 possono essere identificate sostanzialmente con:

- Area della formazione generale
- Area della formazione specifica tecnica professionale
- Area della formazione conseguente a indirizzi Regionali e/o Ministeriali

Si ritiene prioritario, per la sua valenza strategica e per il raggiungimento di validi obiettivi di salute dei cittadini, la prosecuzione di percorsi formativi legati alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, al rischio clinico, all'emergenza urgenza, alla sicurezza sul lavoro, al possesso dei requisiti organizzativi richiesti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie aziendali e alla realizzazione/gestione di procedure operative aziendali e di servizio.

In collaborazione con il livello strategico aziendale e con le articolazioni organizzative aziendali, sono state scelte le metodologie didattiche che si sono dimostrate efficaci sia in riferimento all'esperienza acquisita negli anni precedenti ed ai risultati ottenuti, sia rispetto ai dati della bibliografia scientifica.

A tal fine sono state ritenute appropriate le seguenti tipologie formative che vengono considerate di notevole importanza nel percorso di crescita sia dei singoli professionisti che dell'organizzazione aziendale:

1. **La formazione residenziale interattiva e in videoconferenza sincrona (RES):** perché attribuisce ai partecipanti un ruolo attivo e permette un elevato livello di interazione tra loro e

i docenti, soprattutto con il ricorso ad appropriate metodologie didattiche quali **“lavori di gruppo”, “esercitazioni”, “role playing”, “simulazioni”, etc.**

2. **La formazione sul campo (FSC)**, in particolare con l'utilizzo di **Gruppi di lavoro/studio/miglioramento** perché l'apprendimento avviene attraverso l'interazione di un gruppo di pari, favorisce il processo di miglioramento, contribuisce all'integrazione interprofessionale e interdisciplinare ed è fondamentale per favorire/rafforzare il “lavoro di squadra” e il senso di appartenenza alla unità organizzativa.
3. **La Formazione a distanza (FAD) asincrona** sulla piattaforma aziendale. La FAD essendo svincolata dal tempo, dallo spazio e dai luoghi di fruizione dell'apprendimento superando i limiti posti dalla presenza dei discenti in un luogo fisico come l'aula tradizionale, riduce i costi complessivi dell'intervento didattico, razionalizza l'intervento del docente con la possibilità di distribuire on-line varie tipologie di documenti e materiali audiovisivi anche interattivi, permette un ampliamento della platea dei destinatari della formazione.

Queste tipologie formative e le metodologie didattiche che le accompagnano si ritengono indispensabili per azioni di diffusione ed implementazione di linee guida, procedure o protocolli, audit clinici ed organizzativi, attività di analisi e revisioni sistematiche dei processi assistenziali, soprattutto in un'organizzazione orientata al Miglioramento continuo della qualità.

Nel 2022 la gran parte dell'attività formativa sarà realizzata in house con la collaborazione anche di strutture esterne avanzate nel campo della simulazione e delle non technical skills, e si svilupperà attraverso corsi residenziali interattivi e corsi di formazione sul campo. Tutte le strutture aziendali hanno potuto proporre tematiche di interesse specifico, consentendo il raggiungimento nell'elenco complessivo degli eventi di un buon equilibrio tra progetti formativi elaborati nelle diverse ASSL, nell'assistenza territoriale, nei presidi ospedalieri, nei dipartimenti funzionali e strutturali e nelle strutture amministrative, professionali e tecniche. Sul piano dei contenuti vengono previsti nel PFA 2022, accanto alla formazione su specifiche discipline e campi professionali specialistici, anche percorsi di apprendimento condivisi di tipo interdisciplinare ed interprofessionale, che possano apportare significativi benefici sul piano della gestione della complessità organizzativa e in riferimento a tutte quelle innovazioni operative, che dovranno sostenere efficacemente il governo clinico dei processi di salute, particolarmente importanti in questa fase di riorganizzazione della tutela della salute in Sardegna.

La Direzione dell'ATS e le Direzioni delle Aree Sociosanitarie e dei Dipartimenti hanno suggerito in anteprima le linee di indirizzo per la composizione del Piano, segnalando le priorità, in vista di una

maggior aderenza delle attività formative alle prospettive di sviluppo strategico dell'Azienda. Tutti questi soggetti hanno successivamente avuto la possibilità di vagliarne in anteprima la stesura finale, disponendo le dovute priorità, anche nella prospettiva di assicurare la compatibilità economica del Piano.

Il Comitato Scientifico per la Formazione ha contribuito con suggerimenti e proposte mirate alla composizione della struttura definitiva del Piano ed ha approvato la composizione dei Responsabili Scientifici dei vari progetti formativi, esprimendo una valutazione positiva in termini di rilevanza scientifica dei progetti formativi inseriti nel Piano.

La descrizione analitica degli eventi formativi aperti ai dipendenti della ASL Medio Campidano è riportata in basso:

FORMAZIONE STRATEGICA				
	ASL	DENOMINAZIONE STRUTTURA PROPONENTE	TITOLO DEL PROGETTO FORMATIVO	TIPOLOGIA
1	Medio Campidano	Servizio Prevenzione e Protezione ASL Medio Campidano	Corso Lavoratori Rischio Medio Art.37 D.Lgs. 81/08 E Asr 21/12/2011	RES (residenziale)
2	Medio Campidano	Servizio Prevenzione e Protezione ASL Medio Campidano	Corso Lavoratori Rischio Alto Art.37 D.Lgs. 81/08 E Asr 21/12/2011	RES (residenziale)
3	Medio Campidano	Servizio Prevenzione e Protezione ASL Medio Campidano	Corso Aggiornamento Lavoratori Art.37 D.Lgs. 81/08 E ASR 21/12/2011	RES (residenziale)
4	Medio Campidano	Servizio Prevenzione e Protezione ASL Medio Campidano	Formazione Per Addetti Alla Emergenza Incendi - Rischio Medio	RES (residenziale)
5	Medio Campidano	Servizio Prevenzione e Protezione ASL Medio Campidano	Formazione Per Addetti Alla Emergenza Incendi – Aggiornamento	RES (residenziale)
6	Medio Campidano	Servizio Prevenzione e Protezione ASL Medio Campidano	Formazione Per Addetti All'emergenza Incendi - RISCHIO ALTO	RES (residenziale)
7	Medio Campidano	Servizio Prevenzione e Protezione ASL Medio Campidano	Corso Preposti Art.37 D.Lgs. 81/08 E Asr 21/12/2011	RES (residenziale)
8	Medio Campidano	Servizio Prevenzione e Protezione ASL Medio Campidano	Aggiornamento Formazione Degli Addetti Primo Soccorso - Sanluri	RES (residenziale)

FORMAZIONE SPECIFICA				
	AREA	DENOMINAZIONE STRUTTURA PROPONENTE	TITOLO DEL PROGETTO FORMATIVO	TIPOLOGIA
1	SANLURI	CENTRO TRASFUSIONALE	SISTEMA GESTIONE QUALITA' DEI SERVIZI TRASFUSIONALI	RES (residenziale)
2	SANLURI	CENTRO TRASFUSIONALE	PATIENT BLOOD MANAGEMENT	RES (residenziale)
3	SANLURI	CHIRURGIA GENERALE	IMPARIAMO A CONOSCERE E GESTIRE I PICC E I MIDLINE	RES (residenziale)
4	SANLURI	CHIRURGIA GENERALE	CHIRURGIA LAPAROSCOPICA	FSC (Formazione Sul Campo)
5	SANLURI	CSM SANLURI	OPEN DIALOGUE E INTERVENTI PRECOCI NELLA PSICOSI	RES (residenziale)
6	SANLURI	CSM SANLURI	SUPERVISIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE DINAMICHE ISTITUZIONALI	RES (residenziale)
7	SANLURI	DISTRETTO SOCIO SANITARIO	UTILIZZO SOCIAL MEDIA DA PARTE DEGLI ADOLESCENTI	RES (residenziale)
8	SANLURI	DISTRETTO SOCIOSANITARIO	DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO	RES (residenziale)
9	SANLURI	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	CONTROLLI UFFICIALI NELLE IMPRESE AGRICOLE	RES (residenziale)
10	SANLURI	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	COSMETICI E NORMATIVA DI RIFERIMENTO	RES (residenziale)
11	SANLURI	MEDICINA GENERALE	IL FENOMENO DELL'ANTIBIOTICO RESISTENZA NELLE INFEZIONI NOSOCOMIALI	RES (residenziale)
12	SANLURI	MEDICINA GENERALE	CORSO DI ECO COLOR DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI	RES (residenziale)
13	SANLURI	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	OBIETTIVI, INDICATORI E RISULTATI	RES (residenziale)
14	SANLURI	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	CENTRI DI RESPONSABILITÀ E CENTRI DI COSTO	RES (residenziale)
15	SANLURI	PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE	LE ALTERAZIONI DELLO STATO PSICHICO E DELLO STATO DI COSCIENZA	RES (residenziale)
16	SANLURI	PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE	LA GESTIONE DEGLI ANTIDOTI	RES (residenziale)
17	SANLURI	SIAOA ASSL SANLURI	AUDIT AGLI OSA	FSC (Formazione Sul Campo)
18	SANLURI	SSD NIDO NEONATOLOGIA	CORSO DI RIANIMAZIONE IN SALA PARTO	RES (residenziale)
19	SANLURI	SSD ONCOLOGIA	CUER PALLIATIVE ONCOLOGICHE	residenziale
20	SANLURI	SSD ONCOLOGIA	COLLEGIALE ONCOLOGICA MULTIDISCIPLINA P.O. N.S. DI BONARIA	residenziale
21	SANLURI	U.O GINECOLOGIA E OSTETRICIA OSPEDALE NOSTRA SIGNORA DI BONARIA	EMERGENZE IN SALA PARTO	RES (residenziale)
22	SANLURI	UO NEFROLOGIA E DIALISI ASSL SANLURI E CARBONIA	LABORATORIO DI MEDICINA NARRATIVA	RES (residenziale)
23	SANLURI	UO NEFROLOGIA E DIALISI ASSL SANLURI	RETRAINING DIALISI PERITONEALE	FSC (Formazione Sul Campo)
24	SANLURI	UONPIA	LA TEORIA DIALETTICO COMPORTAMENTALE DBT .WORKSHOP INTRODUTTIVO	RES (residenziale)

FORMAZIONE FONDI VINCOLATI				
	ASL Capofila	DENOMINAZIONE STRUTTURA PROPONENTE	TITOLO DEL PROGETTO FORMATIVO	TIPOLOGIA
1	Medio Campidano	RAS	FSC 2007/2013 – RISORSE PREMIALI NELL'AMBITO DEL PROGETTO NAZIONALE "OBIETTIVI DI SERVIZIO – SERVIZI DI CURA PER GLI ANZIANI" DELIBERAZIONE CIPE N. 79 DEL 11.07.2012. INTERVENTO N. 2 – "REALIZZAZIONE DI UN PIANO DI FORMAZIONE SULLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE, DA PARTE DELLA REGIONE IN COLLABORAZIONE CON LE ASL E GLI ENTI LOCALI" – APPROVAZIONE PFA "LE CURE DOMICILIARI INTEGRATE: LE CURE PALLIATIVE".	RES (residenziale)
2	Medio Campidano	RAS	FSC 2007/2013 – RISORSE PREMIALI NELL'AMBITO DEL PROGETTO NAZIONALE "OBIETTIVI DI SERVIZIO – SERVIZI DI CURA PER GLI ANZIANI" DELIBERAZIONE CIPE N. 79 DEL 11.07.2012. INTERVENTO N. 2 – "REALIZZAZIONE DI UN PIANO DIFORMAZIONE SULLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE, DA PARTE DELLA REGIONE IN COLLABORAZIONE CON LE ASL E GLI ENTI LOCALI" – APPROVAZIONE PFA "LE CURE DOMICILIARI INTEGRATE: VECCHI E NUOVI SCENARI".	RES (residenziale)
3	Medio Campidano	RAS	FSC 2007/2013 – RISORSE PREMIALI NELL'AMBITO DEL PROGETTO NAZIONALE "OBIETTIVI DI SERVIZIO – SERVIZI DI CURA PER GLI ANZIANI" DELIBERAZIONE CIPE N. 79 DEL 11.07.2012. INTERVENTO N. 2 – "REALIZZAZIONE DI UN PIANO DI FORMAZIONE SULLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE, DA PARTE DELLA REGIONE IN COLLABORAZIONE CON LE ASL E GLI ENTI LOCALI" – APPROVAZIONE PFA "LE CURE DOMICILIARI INTEGRATE: UNA STRETTA DI MANO TRA OSPEDALE E TERRITORIO".	RES (residenziale)

FORMAZIONE EXTRA PIANO				
	AREA	DENOMINAZIONE STRUTTURA PROPONENTE	TITOLO DEL PROGETTO FORMATIVO	TIPOLOGIA
1	SANLURI	DIREZIONE GENERALE	TEORIE E TECNICHE PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DEL BURNOUT	RES (residenziale)
2	SANLURI	U.O. ONCOLOGIA	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' IN	RES (residenziale)

			OTTICA LEAN THINKING: DAGLI STRUMENTI LEAN ALLA APPLICAZIONE NEI PROCESSI OPERATIVI DELLA U.O.	
3	SANLURI	DIREZIONE SANITARIA P.O.	GIORNATA MONDIALE DELLA IGIENE DELLE MANI: ESPERIENZA DI CONDIVISIONE OSPEDALE - SCUOLA - TEATRO PER DIFFONDERE E AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA E LA IMPORTANZA DEL LAVAGGIO DELLE MANI	RES (residenziale)
4	SANLURI	DIREZIONE SANITARIA P.O.	LA CONTAMINAZIONE E LA SANIFICAZIONE AMBIENTALE NELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE	RES (residenziale)

3.4.5 RISORSE ECONOMICHE

L'ATS Sardegna garantisce la disponibilità economica per la realizzazione del PFA 2022 tramite l'attribuzione di un fondo per la formazione adeguato ai bisogni formativi espressi.

Il budget complessivo che ATS assegnava alla formazione per l'anno 2022 ammontava a € 4.057.920,00. Tale somma corrisponde allo 0,65% del Monte Salari dei dipendenti dell'Azienda.

Tale budget potrà essere suddiviso fra le aziende sanitarie territoriali di cui alla legge regionale n. 24 del 11 settembre 2020 secondo gli indirizzi regionali.

Il budget economico assegnato per il sistema complessivo della formazione nell'ATS è ripartito come di seguito indicato:

- a. Formazione Generale € 1.367.619,08;
- b. Corsi extra PFA ai sensi del Regolamento Aziendale della Formazione € 327.986,02;
- c. Aggiornamento Individuale € 500.000,00;
- d. Formazione per progetti finalizzati extra PFA autorizzati dalla Direzione Generale ATS € 500.000,00;
- e. Formazione Specifica relativa ai bisogni espressi dalle Unità Operative € 1.312.314,90;
- f. FAD € 50.000,00.

In questo computo non vengono presi in considerazione i progetti formativi finanziati con fondi vincolati extra aziendali (Regionali, Nazionali e Comunitari).

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio sono riportate nelle singole sezioni, con riferimento alla normativa di settore relativa a Performance, Rischi corruttivi, Lavoro agile e Fabbisogno del personale.

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC.

Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.