



Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)– ASL n.7 del Sulcis
2023-2025

INDICE

1 Premessa

2 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

- 2.1 Chi siamo
- 2.2 Cosa facciamo
- 2.3 Come Operiamo
- 2.4 Analisi di contesto esterno e interno
- 2.5 Amministrazione in cifre

3 VALORE PUBBLICO

- 3.1 Valore pubblico
- 3.2 Accessibilità digitale/procedure da semplificare e re-ingegnerizzare

4 PERFORMANCE

- 4.1 Pianificazione triennale 2023 – 2025
- 4.2 Aggiornamento obiettivi strategici anno 2023
- 4.3 Sistema di misurazione e valutazione della performance
- 4.4 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

5 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

- 5.1 Le Novità organizzative
- 5.2 Monitoraggio dei processi a maggior rischio corruttivo in sede di riesame delle misure del PTPCT in sede di relazione annuale del RPCT 2022
- 5.3 Trattamento del Rischio : Misure generali e Misure speciali anticorruzione

6 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

- 6.1 Struttura organizzativa
- 6.2 Organizzazione del lavoro agile
- 6.3 Piano triennale del fabbisogno del personale
- 6.4 Formazione del personale

7 MONITORAGGIO

Si allegano i seguenti documenti:

1) Regolamento "Sistema di misurazione e valutazione della performance ATS Sardegna" Delibera n. 221 del 7/4/2020, integrato con Delibera n. 506 del 30/06/2021;

2) Mod. CE relativo all'anno 2023 adottato con Delibera n. 323 del 15/11/2022 e rettificato con Delibera D.G. n. 378 del 27/12/2022.

2) Allegati Sezione Anticorruzione e Trasparenza:

- Tabella Misurazione del Rischio

- Catalogo Procedimenti 2023

- Area e Misure a Rischio Generale e Specifico PTPCT 2023

- Tabella Obblighi di pubblicazione 2023;

3. Nota ATS Sardegna avente ad oggetto: " D.P.C.M..del 23 settembre 2021 – Misure in materia di pubblico impiego – Aggiornamento sulle modalità di applicazione del lavoro agile."

4. Piano Fabbisogno del Personale anno 2023

5. Piano Annuale della Formazione (PAF) del Provider ARES 2023 adottato con Delibera Ares Sardegna n. 296 del 23/12/2022.

1 Premessa

Dall'anno 2022, ai sensi dell'articolo 6 del Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficacia della giustizia", convertito dalla Legge n. 113 del 6 agosto 2021, le pubbliche amministrazioni, con più di cinquanta dipendenti, sono tenute ad adottare il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) ha la finalità di consentire un maggior coordinamento dell'attività programmatica delle pubbliche amministrazioni e una sua semplificazione, nonché di assicurare una migliore qualità e trasparenza dell'attività amministrativa e dei servizi ai cittadini e alle imprese.

Rappresenta un documento programmatico triennale, con aggiornamento annuale, che in un'ottica di semplificazione ed integrazione, assorbe il Piano della Performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza, la Programmazione dei fabbisogni formativi e il Piano triennale del fabbisogno del personale.

Si ritiene necessario evidenziare che allo stato attuale la ASL Sulcis ha adottato in via preliminare l'Atto Aziendale, con Deliberazione n. 324 del 18/11/2022, e che, a seguito della verifica di conformità da parte dell'Assessorato della Sanità, avvenuta con Deliberazione G.R. n. 40/39 del 28/12/2022, l'atto aziendale risulta in fase di definizione al fine di adeguarlo alle modifiche e alle integrazioni indicate nella deliberazione di verifica citata.

Il presente documento costituisce l'aggiornamento annuale 2023 del PIAO 2022-2024, che tenuto conto dell'attuale fase transitoria derivante dalla definizione del nuovo assetto organizzativo, nonché della peculiarità del periodo post emergenziale che sta influenzando anche l'attività dell'anno in corso, presumibilmente potrebbe essere oggetto di un ulteriore aggiornamento.

2 SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE

2.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale n.7 del Sulcis (di seguito ASL Sulcis) è un'Azienda dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

La ASL Sulcis è stata costituita in attuazione della L.R. 24/2020 integrata dalla Legge Regionale n° 32 del 23 dicembre 2020 con DGR n. 46/30 del 25 novembre 2021, con decorrenza dal 1 gennaio 2022.

L'ambito territoriale della Azienda del Sulcis, è definito dal comma 3 art. 9 della L.R. 24/2020, e corrisponde ad una porzione dell'attuale Provincia del Sud Sardegna. Comprende 23 Comuni, con una estensione di circa 1499,67 Km², (pari al 6,21% dell'intera superficie della Sardegna). La popolazione indicata dall'Istat a gennaio 2022 è di 118.311 abitanti, cui vanno aggiunte le migliaia di presenze determinate dai flussi turistici nei periodi estivi.

La popolazione del territorio di competenza dell'Asl Sulcis presenta un decremento dell'1,32% (ossia -1.577 abitanti) rispetto all'anno precedente. Tale popolazione, suddivisa tra 60.584 femmine e 57.727 maschi, rappresenta il 7,92% dell'intera popolazione residente in Sardegna.

La bassa numerosità statistica giovanile conferma la tendenza allo spopolamento, dovuto a diversi fattori socio economici, e di conseguenza un forte invecchiamento della popolazione.

La sede legale è ubicata nel Comune di Carbonia in via Dalmazia, n. 83.

Il sito ufficiale internet della azienda è all'indirizzo web: www.aslsulcis.it

L'Azienda Sanitaria Locale n. 7 del Sulcis, nelle more della definizione del nuovo Atto Aziendale, è articolata in:

- n. 3 Presidi Ospedalieri: P.O. Sirai-Carbonia, P.O. CTO e P.O. S.Barbara –Iglesias;
- n. 3 Distretti Socio Sanitari: Carbonia, Iglesias e Isole San Pietro e Sant'Antioco.
- N. 2 Dipartimenti: Dipartimento Prevenzione e Dipartimento Salute Mentale

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda socio-sanitaria locale del Sulcis persegue la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi ed attività, gratuitamente o mediante compartecipazione (ticket), compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*".

I LEA sono ricompresi in tre grandi categorie:

Prevenzione collettiva e sanità pubblica, cui afferiscono le seguenti attività:

- A) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- B) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- C) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- D) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- E) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- F) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- G) attività medico legali per finalità pubbliche.

Assistenza distrettuale, che si articola nelle seguenti aree di attività:

- A) assistenza sanitaria di base;

- B) emergenza sanitaria territoriale;
- C) assistenza farmaceutica;
- D) assistenza integrativa;
- E) assistenza specialistica ambulatoriale;
- F) assistenza protesica;
- G) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- H) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Assistenza ospedaliera, che si articola nelle seguenti aree di attività:

- A) pronto soccorso;
- B) ricovero ordinario per acuti;
- C) day surgery;
- D) day hospital;
- E) riabilitazione;
- F) attività trasfusionali;

2.3 Come Operiamo

L'erogazione dei servizi e delle prestazioni agli utenti viene assicurata nel rispetto dei fondamentali principi e valori che possiamo riassumere come segue:

- **EGUAGLIANZA:** ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- **PARTECIPAZIONE:** l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- **RISPETTO** della dignità umana e della privacy;
- **EQUITA' e IMPARZIALITÀ** vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- **CENTRALITÀ DELLA PERSONA:** il cittadino è una persona con una sua specificità biologica, psicologica e sociale alla quale occorre garantire risposte basate su una valutazione multidimensionale e personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico-sociale;
- **UMANIZZAZIONE:** le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico;
- **DIRITTO DI SCELTA:** il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare;
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA SANITARIA:** i servizi sanitari devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido e l'economicità nell'impiego delle risorse;
- **CONTINUITA':** Il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo continuativo;
- **TRASPARENZA:** i cittadini e le loro associazioni hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane in maniera ottimale nel rispetto del bene pubblico;
- **APPROPRIATEZZA:** intesa come insieme di strumenti, tempi, azioni poste in essere da professionisti competenti, supportate da evidenze scientifiche in termini di efficacia delle cure e delle procedure organizzative adottate;

- SICUREZZA DEI PRODOTTI, PROCESSI E AMBIENTI DI LAVORO, intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi.

2.4 Analisi di contesto esterno

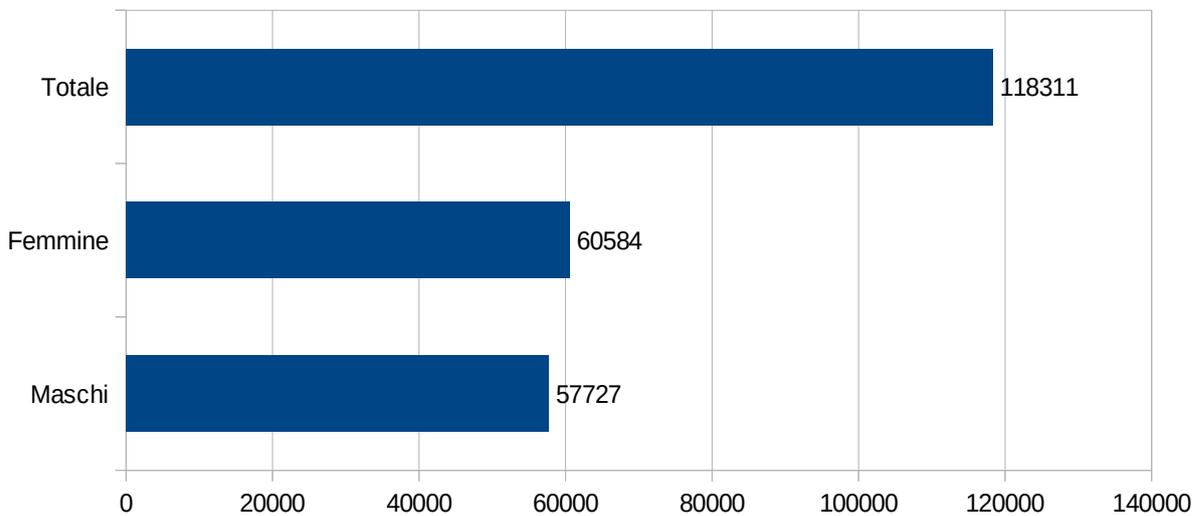
L'ambito territoriale della Azienda del Sulcis comprende tre aree geografiche: Sulcis, Iglesias e le isole di Sant'Antioco e di San Pietro, che costituiscono l'Arcipelago del Sulcis. La popolazione indicata all'Istat a gennaio 2022 è di 118.311 abitanti, cui vanno aggiunte le migliaia di presenze determinate dai flussi turistici nei periodi estivi.

Il territorio su cui si estende l'Asl Sulcis è pari a 1.500 km densità di popolazione pari a 71 ab. per km2.

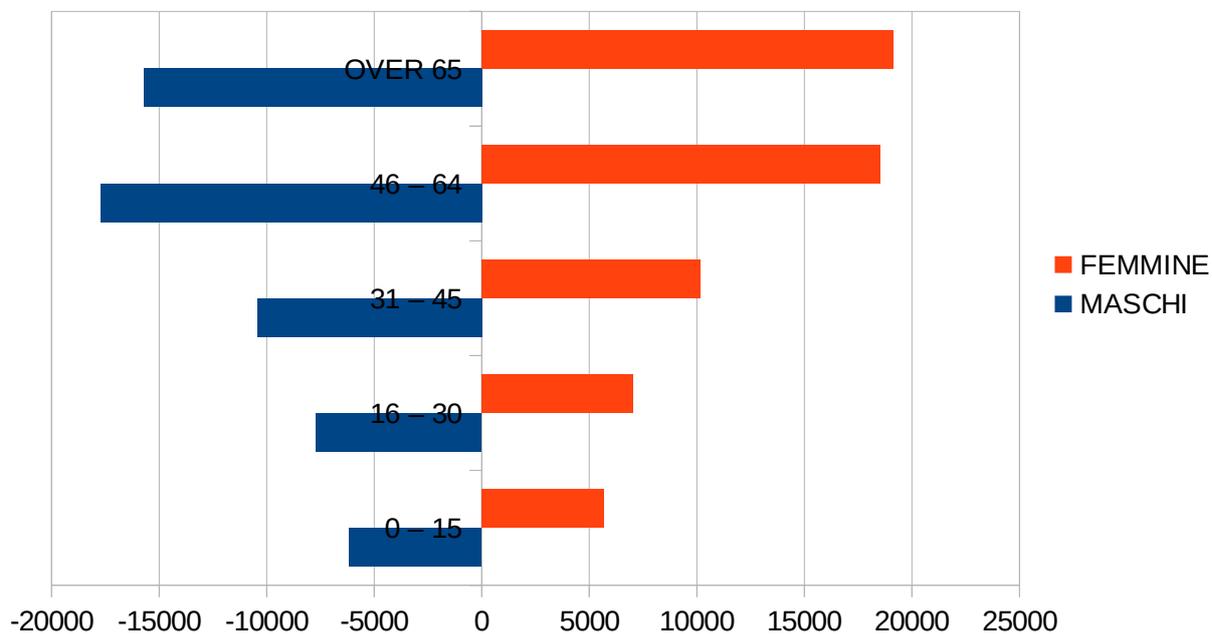
L'ambito territoriale dell'Azienda Socio – Sanitaria Locale 7 del Sulcis è articolata in tre Distretti Sanitari: il Distretto di Carbonia, il Distretto di Iglesias e il Distretto delle Isole Minori.

Distretto di Iglesias			Distretto di Carbonia			Distretto delle Isole		
N	Comune	Residenti	N	Comune	Residenti	N	Comun e	Residenti
1	Buggerru	1050	1	Carbonia	26390	1	Sant'Antioco	10670
2	Domusnovas	5886	2	Giba	1889	2	Calasetta	2773
3	Fluminimaggiore	2654	3	Masainas	1217	3	Carloforte	5953
4	Gonnesa	4674	4	Narcao	3089			
5	Iglesias	25288	5	Nuxis	1434			
6	Musei	1491	6	Perdaxius	1310			
7	Villamassargia	3411	7	Piscinas	816			
			8	Portoscuso	4859			
			9	San Giovanni Suergiu	5673			
			10	Santadi	3156			
			11	Sant'Anna Arresi	2628			
			12	Tratalias	993			
			13	Villaperuccio	1007			
	Totale	44454		Totale	54461		Totale	19396

POPOLAZIONE RESIDENTE ASL 7 SULCIS



PIRAMIDE ETA' RESIDENTI ASL 7 SULCIS



Il grafico dall'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi.

Le classi maggiormente rappresentative sono quelle dai 46 ai 64 anni e gli over 65, che costituiscono rispettivamente il 30,65% e il 29,45% della popolazione, mentre la fascia 0-15 è pari al 10,01%, che rappresenta, per quella specifica classe di età, la percentuale più bassa.

Le anomalie nella forma della piramide sono estremamente indicative e inducono alla ricerca delle cause che le hanno determinate. La bassa numerosità statistica giovanile conferma la tendenza allo spopolamento dovuto a diversi fattori socio economici. La struttura della piramide conferma un forte invecchiamento della popolazione.

CLASSE				
ETA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	%
0 – 15	6152	5690	11842	10,01%
16 – 30	7690	7048	14738	12,46%
31 – 45	10446	10176	20622	17,43%
46 – 64	17729	18535	36264	30,65%
OVER 65	15710	19135	34845	29,45%
TOTALE			118311	100,00%

Mentre per le classi di età di 0-15 anni, 16-30 anni e 31-45 anni, la percentuale di uomini è superiore in numero, questo non accade per la classe di età 46-64 anni e per la classe di età Over 65 anni, dove la popolazione femminile è superiore.

Contesto interno

Il presente documento prende forma in un contesto socio-sanitario ancora fortemente condizionato dagli effetti post-pandemici dell'emergenza sanitaria COVID-19.

In questi ultimi anni, l'attività svolta dalla ASL Sulcis ha patito un rallentamento e in alcuni casi addirittura una interruzione di molte attività di prevenzione o di cura per i malati cronici.

L'emergenza sanitaria ha certamente portato alla luce tutti i limiti del nostro Sistema sanitario, ancora fortemente *ospedalocentrico*, non adeguato a fronteggiare una emergenza di così ampia portata, in particolar modo dal punto di vista organizzativo e delle risorse disponibili.

Oggi più che mai, la salute delle popolazioni e le malattie, con le loro cause, evoluzioni ed esiti, ci spingono verso l'esigenza di promuovere nuovi modelli di cura e di assistenza.

L'operatività della Asl Sulcis, oltre che dalle criticità scaturite da detto contesto pandemico, è tutt'ora influenzata, come descritto in premessa, dalla non definizione dell'atto aziendale che andrà a definire il nuovo assetto organizzativo, e che allo stato attuale è in fase di approvazione da parte della Giunta Regionale.

2.5 Amministrazione in cifre

Tenuto conto che l'andamento dell'attività dell'ASL Sulcis nell'anno 2022 è stato fortemente condizionato dalla necessità di recuperare una serie di attività sacrificate a causa dell'emergenza pandemica, si indicano di seguito alcuni dati di attività relativi alla :

- **assistenza ospedaliera** garantita dai Presidi Ospedalieri: Sirai di Carbonia, CTO e S.Barbara di Iglesias;
- **assistenza territoriale** garantita dai Distretti Socio Sanitari di: Carbonia, Iglesias e Isole San Pietro e Sant'Antioco;
- **attività di specialistica ambulatoriale** dei Presidi Ospedalieri e dalle strutture private convenzionate .

1 Dati di attività – Assistenza ospedaliera

Dati Abaco

Struttura Erogante	Erogatore	2021 Totale				2022 Totale				Delta su totale dimessi	
		Totale dimessi	2 - Day Hospital	1 - Ricovero Ordinario	Di cui totale dimessi COVID	Totale dimessi	2 - Day Hospital	1 - Ricovero Ordinario	Di cui totale dimessi COVID	Assoluto	%
P.O. Sirai	0801 - Cardiologia	652	76	576		558	84	474		-94	0,14
P.O. Sirai	0901 - Chirurgia Generale	823	104	719		880	111	769		57	0,07
P.O. Sirai	1801 - Ematologia	176	176			161	161			-15	-0,09
P.O. Sirai	2601 - Medicina Generale	1070		1070		422		235	187	-648	-0,61
P.O. Sirai	2901 - Nefrologia	1	1			5	5			4	4,00
P.O. Sirai	3201 - Neurologia	343	36	307		276	17	259		-67	-0,20
P.O. Sirai	3601 - Ortopedia E Traumatologia	538	20	518		608	27	581		70	0,13
P.O. Sirai	4001 - Psichiatria	331		331		410		410		79	0,24
P.O. Sirai	4301 - Urologia	426	112	314		521	125	396		95	0,22
P.O. Sirai	4901 - Terapia Intensiva	77		77		72		72		-5	-0,06
P.O. Sirai	5001 - Unità Coronarica	55	1	54		67		67		12	0,22
P.O. Sirai	6401 - Oncologia	284	284			292	292			8	0,03
P.O. Santa Barbara	6801 - Pneumologia	36	36			2	2			-34	-0,94
P.O. C.T.O.	0901 - Chirurgia Generale	372	145	227		288	151	137		-84	-0,23
P.O. C.T.O.	2601 - Medicina Generale	879	69	810	6	766	70	696		-113	-0,13
P.O. C.T.O.	3101 - Nido	275		275		189		189		-86	-0,31
P.O. C.T.O.	3401 - Oculistica	566	566			548	548			-18	-0,03
P.O. C.T.O.	3601 - Ortopedia E Traumatologia	423	182	241		339	129	210		-84	-0,20
P.O. C.T.O.	3701 - Ostetricia E Ginecologia	641	122	519		481	86	395		-160	-0,25
P.O. C.T.O.	3801 - Otorinolaringoiatria	139	39	100		170	152	18		31	0,22
P.O. C.T.O.	3901 - Pediatria	372	123	249		407	137	270		35	0,09
P.O. C.T.O.	4901 - Terapia Intensiva	33		33		31		31		-2	-0,06

Indicatori di processo: sono degli indicatori usati nella valutazione delle attività ospedaliere e sono fondati essenzialmente sulla durata della degenza e non sono correlati alla tipologia della casistica trattata.

Dati Abaco

MACROSTRUTTURA	DESCRIZIONE	2022	2021
STABILIMENTO SANTA BARBARA IGLESIAS	DH - Posti Letto Anagrafe (media mese)	25,91	25,98
	Occupazione PL DH	0,3%	18,9%
STABILIMENTO CTO IGLESIAS	RO - Posti Letto Anagrafe (media mese)	234,33	156,00
	DH - Posti Letto Anagrafe (media mese)	30,76	29,37
	Occupazione PL DH	39,1%	37,5%
	Occupazione PL RO	40,3%	35,0%
	RO - Turn Over	9,41	9,71
	RO - Indice di rotazione	21,16	24,45
	Degenza media	6,48	5,36
	Giorni DegMediaPreoperatoria	0,65	0,58
	RO - Giornate presenza	11.340	13.148
STABILIMENTO SIRAI CARBONIA	RO - Posti Letto Anagrafe (media mese)	217,69	312,02
	DH - Posti Letto Anagrafe (media mese)	200,00	267,37
	Occupazione PL DH	32,4%	129,3%
	Occupazione PL RO	71,6%	76,6%
	RO - Turn Over	3,27	2,29
	RO - Indice di rotazione	29,00	37,39
	Degenza media	8,91	8,16
	Giorni DegMediaPreoperatoria	3,18	3,50
	RO - Giornate presenza	23.845	29.633
ALTRE STRUTTURE ASL SULCIS- PSICHIATRIA	Occupazione PL DH	0,0%	0,0%
	Occupazione PL RO	86,4%	59,9%
	RO - Turn Over	1,44	6,59
	RO - Indice di rotazione	31,37	22,20
	Degenza media	9,41	9,86
	RO - Giornate presenza	3.539	3.279

Indicatori di esito: documentano la risposta ottenuta da un intervento, lo stato di salute, la mortalità, la morbosità, la qualità della vita e la soddisfazione del paziente.

Dati Abaco

Parti con taglio cesareo primario							
ANNO	2022			2021			2022-2021
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20003000 - P.O.CTO	33	132	25,0%	61	249	25,0%	0

PTCA entro 2 giorni in STEMI							
ANNO	2022			2021			2022-2021
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONIA)	14	28	50,0%	20	40	50,0%	0

Colecistectomie laparoscopiche: degenza post operatoria inferiore ai 3 giorni							
ANNO	2022			2021			2022-2021
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONIA)	13	16	81,3%	9	11	82,0%	-0,9%
20003000 - P.O.CTO	23	26	88,0%	50	54	92,0%	-4,3%

Dati di attività: Assistenza Territoriale

Prestazioni per esterni - Strutture Private	2021	2022	
Branca Specialistica	Quantità	Quantità	DELTA %
Cardiologia	5.763	7.493	30,02%
Chirurgia Vascolare-Angiologia	2.138	2.632	23,11%
Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	65.331	61.376	-6,05%
Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche	299.131	315.388	5,43%
Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale	115.945	108.910	-6,07%
Ostetricia e Ginecologia	0	17	
Urologia	1	2	100,00%

Prestazioni per esterni - Strutture Pubbliche	2021	2022	
Branca Specialistica	Quantità	Quantità	DELTA %
Anestesia	789	899	13,94%
Cardiologia	12835	12634	-1,57%
Chirurgia Generale	864	691	-20,02%
Dermosifilopatia	726	760	4,68%
Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	2729	1099	-59,73%
Endocrinologia	646	639	-1,08%
Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	1879	1949	3,73%
Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche	497812	265839	-46,60%
Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale	41543	41910	0,88%
Nefrologia	19917	19062	-4,29%
Neurologia	3150	1483	-52,92%
Oculistica	10496	10059	-4,16%
Odontostomatologia-Chirurgia Maxillo Facciale	665	1509	126,92%
Oncologia	1403	1439	2,57%
Ortopedia e Traumatologia	955	1222	27,96%
Ostetricia e Ginecologia	1444	846	-41,41%
Otorinolaringoiatria	1939	2020	4,18%
Pneumologia	1162	1729	48,80%
Psichiatria	30	22	-26,67%
Urologia	1211	1457	20,31%

Da una analisi dei dati indicati nella tabella relativa all'attività territoriale emerge una crescita delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate rispetto all'attività svolta dalle strutture aziendali.

Il dato maggiormente significativo emerge per i Servizi di Radiodiagnostica e Laboratorio Analisi, i quali hanno subito una forte contrazione dell'attività per esterni determinata da oggettive criticità organizzative per carenze di organico.

3 VALORE PUBBLICO

3.1 Valore pubblico

Secondo le indicazioni contenute nello schema tipo di PIAO, allegato al Decreto del Ministro per la pubblica Amministrazione del 30 giugno 2022, in questa sottosezione, l'amministrazione definisce i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione. Le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, nonché 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 creazione di Valore Pubblico consente di migliorare il livello di benessere economico - sociale e ambientale della collettività di riferimento in cui opera un'amministrazione, rispetto alle condizioni iniziali di partenza.

In questo contesto, si inserisce il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Pnp), il quale si basa su una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente.

L'Assessorato della Sanità nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, con apposito Programma Predefinito "Ambiente, clima e salute" (PP9) adottato con DGR n. 50/46 del 28 dicembre 2021, e aggiornato nel mese di novembre 2022, ha pianificato un programma di interventi di informazione e sensibilizzazione sugli stili di vita ecosostenibili e sulla riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute.

Nell'ambito del Programma Predefinito "Ambiente, clima e salute" (PP9) sono stati definiti i seguenti interventi:

- Anni 2022-2023: Interventi di informazione e sensibilizzazione sugli stili di vita ecosostenibili ;
- Anni 2024 e 2025 : Interventi di informazione e sensibilizzazione relativi alla riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute ;

La Asl Sulcis intende programmare nel prossimo triennio delle azioni mirate in ottemperanza alle indicazioni contenute nel PP9 richiamato mediante il contributo del Dipartimento di Prevenzione.

In relazione ai risultati attesi, in termini di monitoraggio degli obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria, allo stato attuale l'ASL Sulcis si trova in fase di misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle Strutture aziendali. La conclusione di detta fase permetterà di esaminare l'andamento dell'attività

delle singole strutture aziendali che verrà illustrato nel documento della Relazione sulla performance, il cui termine di adozione è previsto per il 30 giugno di ogni anno.

Si ritiene utile rammentare che in applicazione della riforma del Sistema Sanitario Regionale, adottata con la L.R. n. 24/2020, sono state assegnate ad ARES, in maniera centralizzata, le funzioni di supporto tecnico-amministrativo per tutte le Aziende sanitarie del sistema regionale.

Nello specifico ai sensi dell'art. 8 della LR 24/2020, le attività inerenti la sanità digitale, dirette a garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie, la promozione di nuove modalità di diagnosi e di cura senza lo spostamento fisico del paziente, sono affidate ad ARES.

Pertanto la Asl Sulcis svolge una attività di interfaccia per la programmazione, lo sviluppo e l'implementazione dei progetti di Sanità Digitale e telemedicina con ARES Sardegna, e garantisce il proprio coinvolgimento nelle fasi esecutive.

Attraverso modelli assistenziali innovativi, l'Azienda sanitaria Sulcis intende promuovere progetti strutturati di telemedicina, a cominciare dalle realtà territoriali che distano maggiormente dalle sedi principali dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, anche mettendo in rete e riorganizzando le strutture ambulatoriali presenti e attualmente inattive.

Nella Asl Sulcis con Delibera n. 54 del 14/04/2022 è stata approvata una "Procedura Operativa Ospedaliera di Teleradiologia e Telegestione diagnostica per immagini". Nella programmazione 2023 si intende potenziare l'innovazione tecnologica e lo sviluppo della Sanità Digitale anche in altre discipline e nell'ambito dell'assistenza territoriale (diabetologia, cardiologia, dialisi, neurologia).

3.2 Accessibilità digitale/procedure da semplificare e re-ingegnerizzare

La ASL Sulcis, a livello infrastrutturale, conferma l'attenzione in ordine all'implementazione di sistemi di supporto agli assistiti e visitatori come sportelli automatici, totem multifunzione, sistemi di accoglienza e tagliacode, geolocalizzazione assistiti e navigazione indoor assistita.

Obiettivi da perseguire per favorire l'accessibilità digitale degli utenti:

- standardizzazione e digitalizzazione della modulistica per tutti i servizi della Asl Sulcis;
- aggiornamento del nuovo sito internet www.aslsulcis.it;
- ampia diffusione di applicativi software di cartella clinica informatizzata in tutti i setting assistenziali, alla informatizzazione dei PDTA (percorsi diagnostica terapeutici assistenziali), delle reti delle patologie e della presa in carico dei cronici;
- capillare dematerializzazione della documentazione sanitaria ed amministrativa;
- realizzazione di un sistema per la gestione e la programmazione delle attività in materia di prevenzione;
- diffusione sistemica dei sistemi di telemedicina in accordo con le linee guida nazionali e regionali;
- all'empowerment del paziente, mediante sia l'evoluzione di sistemi di interazione con il sistema sanitario soprattutto in mobilità (app) e l'utilizzo di sistemi di rilevazione (anche in remoto) di parametri vitali e clinici;

Nell'ambito aziendale, inoltre, si prevede un sempre più esteso utilizzo delle Piattaforme abilitanti condivise a livello nazionale dalle PA così come raccomandato da AgID.

Tra le Piattaforme abilitanti interessate si evidenziano:

CIE: carta d'identità elettronica, rilasciata dalle amministrazioni comunali su supporto informatico;

- **SPID:** sistema pubblico di identità digitale, che abilita l'accesso ai servizi, fornendo a questi ultimi dati identificativi certificati, attraverso credenziali classificate su tre livelli di sicurezza;
- **PagoPa:** sistema di gestione elettronica dei pagamenti verso la PA, che, interconnettendo tutti i prestatori di servizi di pagamento alle Pubbliche amministrazioni, consente al cittadino di effettuare il pagamento scegliendo lo strumento preferito e fornisce alle PA i flussi per la rendicontazione e la riconciliazione automatica;
- **FatturaPA:** sistema che gestisce la fatturazione elettronica passiva della PA, integrando la stessa elettronica nei processi contabili e consentendo l'automazione del ciclo dell'ordine;
- **NSO:** sistema di smistamento automatico degli ordini.
- **ANPR (Anagrafe nazionale della popolazione residente):** anagrafe centrale di tutta la popolazione residente in Italia, realizzata in conformità di quanto stabilito dall'art. 62-ter del CAD.

Nell'ambito della ASI Sulcis sono garantiti i seguenti interventi di dematerializzazione:

- evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- digitalizzazione del processo deliberativo;
- adozione del nuovo sistema di protocollo e diffusione del sistema di gestione documentale e fascicolazione digitale;
- adozione della firma digitale remota;

4 PERFORMANCE

L'art. 3, comma 1, lettera b), del Decreto del Ministro per la pubblica Amministrazione 30 giugno 2022, di definizione dello schema tipo di PIAO, stabilisce che la presente sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009.

Detta sottosezione definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati a tutto il personale garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

L'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale con nota Prot. n. 6199 del 01/03/2023 ha comunicato gli Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2023, definiti con Deliberazione n. 4/62 del 16.02.2023, che di seguito si riportano:

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali			
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
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	Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni. Poichè la fase di pagamento è gestita dall'azienda Ares, la misurazione dell'indicatore verrà effettuata sui tempi di liquidazione. Nel momento in cui le funzioni legate al pagamento dei fornitori verranno trasferite alle AASSLL si procederà alla verifica dell'obiettivo con la misurazione delle giornate di ritardo.

Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana			
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
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	screening cervicale: tasso di adesione reale \geq 35% in tutte le ASL; screening coloretale: tasso di adesione reale \geq 20% in tutte le ASL; screening mammografico \geq 30% in tutte le ASL	Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati nel 2019 (anno pre-pandemia Covid 19); screening cervicale 29,4%; screening coloretale 14,9%; screening mammografico 25,1%, e considerate le attività di recupero poste in essere nel 2021 e 2022 con gli appositi Piani aziendali, si pone l'obiettivo di un miglioramento della copertura per i tre programmi di screening rispetto al dato medio regionale del 2019 (base line). Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e coloretale e 60% per lo screening mammografico. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).
Realizzare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, della formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese (datori di lavoro, RLS, RLST, RSPP, ASPP, Medici Competenti, etc.), dell'assistenza alle imprese, dell'esame delle schede di autovalutazione compilate dalle imprese, dell'informazione/comunicazione, come stabilito per il 2023 nel PRP 2020-2025	Numeratore: numero di PMP realizzati da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL con l'attuazione delle attività stabilite per il 2023 nel PRP x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da realizzare da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL	100% (= 8/8 x 100)	Informazioni relative alla realizzazione dei PMP da inserire nelle annuali Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL
Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per	Periodo di rilevazione gennaio -dicembre 2023. Rif. DPCM 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di
	(N. schede codificate/N. schede inserite)*100	90%	L'obiettivo è funzionale all'avvio e consolidamento del Registro Tumori regionale (DGR 25/11 del 3.5.2016; Determinazione DG Sanità n.1245 del 07.11.2018). L'obiettivo si ritiene raggiunto se lo standard è soddisfatto per ciascuna annualità. Fonte: report "A3 - Schede per Asl di residenza" disponibile nella reportistica mortalità del modulo RENCAM-SISaR Stato della scheda "chiusa" o "codificata". Verranno considerate solo le schede dei residenti.
Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	90%	Periodo di osservazione gennaio-giugno 2023. Rif. DPCM 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie"

Area della Qualità e Governo clinico			
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES 3. redazione di una FMEA per area	1. \geq 50 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. \geq 5 audit per Azienda Sanitaria tutti i sinistri dell'Azienda Sanitaria 3. \geq una per area	1. Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2023. N segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) 3. Il valore è misurato sulle aree: chirurgica, medica, servizi ed emergenza-urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori.
Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Delibera aziendale di approvazione	Deliberazione entro il 30/09/2023	Nella relazione deve essere specificato l'elenco delle strutture ospedaliere e territoriali in essere, per le strutture ospedaliere deve essere specificato il numero di posti letto e per i servizi/ambulatori/laboratori sia ospedaliere che territoriali e il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.

Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare			
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
Ottenere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles	Ottenere il 100% degli obiettivi stabiliti ai sensi della road map stilata in risposta alle raccomandazioni dell'audit FVO novembre 2021	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 % degli obiettivi fissati dall'OEVR.	L'obiettivo si considera raggiunto se nel corso dell'anno sono raggiunti gli obiettivi al 100% del complesso dei valori attesi e per almeno il 70% dei valori attesi per singolo mese considerato
		1 carcasse al mese per la ASL Sulcis; Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema al 31 Marzo	Raggiungere il 94 % dei censimenti dovuti con regolare registrazione in BDN
Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento/Conservazione della qualifica al 31/12/2023	a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC; b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %	Reg. (CE) 17/12/2019, n. 2020/689/UE REGOLAMENTO DELEGATO DELLA COMMISSIONE che integra il regolamento (UE) 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le norme relative alla sorveglianza, ai programmi di eradicazione e allo status di indenne da malattia per determinate malattie elencate ed emergenti (Testo rilevante ai fini del SEE). L'obiettivo si intende raggiunto se sono perseguiti entrambi gli standard (a e b)
Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie compresa nel piano di monitoraggio per la Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti	Percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie compresa almeno tra l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati	Attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL	REGOLAMENTO (CE) N. 999/2001 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 22 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie spongiformi trasmissibili. Nota DGSAF 31470 del 28/12/2022 recante " Sorveglianza EST ovi-caprine – Campionamenti anno 2023". Nota RAS (da definire)
Ottenere almeno un valore pari all'85% dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN a norma di quanto previsto dal reg. CE 999/2001	percentuale di bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN compresi tra 94,9% e il 75% del valore atteso	Attività volta al garantire che i bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN di valore siano di valore superiore almeno al 50% del valore registrato in bdn valore atteso de 74,99%	REGOLAMENTO (CE) N. 999/2001 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 22 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie spongiformi trasmissibili.

Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR			
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di	Note e riferimenti esterni
Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo * 100	75% risultato)	Si considerano le prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA di primo accesso. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO"
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 (ASL 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	% di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA	SULCIS ≥ 20%	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni del 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordo del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi (Obiettivo per tutte le ASL esclusa Sassari)
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. N. record trasmessi entro i termini /N. totale record *100 2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1. ≥ 95% 2. ≤ 5%	I record e gli errori sono riferiti alla totalità dei flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I), ADI (file O) dell'intero anno 2023. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori
Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei 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.	<ul style="list-style-type: none"> 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. Trasmissione a ARIS del sopra citato Piano, con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla sua implementazione e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo. 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. 	3/3	<ul style="list-style-type: none"> DGR n. n. 66/22 del 23.12.2015 "Programmazione nel settore della Salute mentale per l'anno 2016, definizione del percorso per il raggiungimento degli obiettivi di programmazione di cui alla Delib. G.R. 53/8 del 29.12.2014." DGR n. 25/31 "Programmazione nel settore della salute mentale." DGR n. 23/32 del 22.06.2021 "Programmazione nel settore della salute mentale. Modifica della deliberazione della Giunta regionale n. 25/31 del 22.5.2018." DGR n. 13/12 del 9.04.2021 "Determinazione dei tetti di spesa per l'acquisto da parte dell'Azienda regionale della Salute delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dalle strutture private accreditate per il triennio 2021-2022-2023. Approvazione degli schemi tipo di contratto." Deliberazione del Commissario Straordinario di ATS n. 30 del 16/11/2020 "Approvazione Piano Preventivo delle Attività 2021-2023" e "ssmmii". Deliberazione del Commissario Straordinario di ATS n. 429 del 03/06/2021 "Correzione errore materiale Deliberazione n. 30 del 16/11/2020 "Approvazione Piano Preventivo Delle Attività 2021-
Implementare le attività previste nel Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2021-2023.	<ul style="list-style-type: none"> Sperimentazione e implementazione dei protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi in collegamento con AOU Cagliari, AOU Sassari e Arnas Brotzu 	n. 2 protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi entro il 30/09/2023	<p>DGR n 31/15 del 13.10.2022 "Fondo per l'Alzheimer e le demenze, istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 330, della legge 30 dicembre 2020 n. 178. Approvazione preliminare del Piano triennale di attività per il triennio 2021-2023 e costituzione del tavolo tecnico regionale per il monitoraggio delle attività del fondo."</p> <p>DGR Delibera 20-77 del 30.06.2022 "Recepimento Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sui documenti recanti "Piano Nazionale Demenze", "Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze", "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno sulle</p>
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): 1) Appropriatezza della fase pre-operatoria del PBM 2) Congruietà nella fase diagnostica secondo algoritmo pre-operatorio PBM	1) N° pazienti inviati a consulenza PBM/N° interventi chirurgici in elezione candidati al percorso di PBM 2) N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate. (Delta Hb dopo supporto non trasfusionale >1g)	1) >50% 2) >70%	<ul style="list-style-type: none"> DM 2 novembre 2015. "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti." Linee guida per il Patient Blood Management a cura del Centro Nazionale Sangue (27/10/2016) DGR n. 52/27 del 23/12/2019 "Piano regionale sangue, emocomponenti e farmaci plasmaderivati - Triennio 2019/2021" Fonte informativa potrà essere il Servizio di Preospedalizzazione o la Direzione Sanitaria Ospedaliera in quanto trattandosi di interventi in elezione, il numero totale di pazienti che dovranno

Area della razionalizzazione e contenimento della spesa			
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
Efficienza economico - Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti	Pareggio di bilancio Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	Ricavi = costi ASL Sulcis 396.000	L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori
Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	ASL Sulcis 331.000	

Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare			
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2023	Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.

Area della gestione amministrativo contabile			
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2023	

Da una analisi degli indirizzi regionali assegnati ai Direttori Generali per l'anno 2023 emerge una continuità con gli obiettivi previsti per l'anno 2022.

Posto che allo stato attuale la ASL Sulcis non ha ancora avviato la fase di negoziazione degli obiettivi annualità 2023 con tutte le Strutture Aziendali, e stante la ripetizione degli indirizzi regionali riportati, si è ritenuto opportuno confermare alcuni obiettivi previsti nella programmazione del PIAO 2022-2024.

4.1 Pianificazione 2023 -2025

Si riportano di seguito le aree strategiche programmate dalla ASL Sulcis per il triennio 2023-2025.

Area Strategica 1	Area Strategica 2	Area Strategica 3	Area Strategica 4	Area Strategica 5	Area Strategica 6	Area Strategica 7
Prevenzione	Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni	Sostenibilità Economica	Sanità Digitale	Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio

Nelle tabelle che seguono vengono schematicamente indicati per ogni singola Area, alcuni obiettivi e relativi indicatori, valori di raggiungimento (target) che l'Azienda si impegna a raggiungere nell'anno 2023, fatte salve eventuali modifiche organizzative e di programmazione.

Area Strategica 1 : PREVENZIONE

Area Strategica 1 : PREVENZIONE		
Obiettivi operativi	Indicatori	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	tasso di adesione reale ≥ 25%
	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale ≥ 30%
	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale ≥15% i
Garantire il recupero delle attività di audit e sorveglianza in Sanità Pubblica, Sanità Animale, Sicurezza alimentare	% attività audit/sorveglianza recuperati rispetto ad audit e controlli previsti nel cronoprogramma	100% del programmato
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	80%
Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza
Mantenere azioni per garantire terr. regionale indenne da tubercolosi, brucellosi bovina, bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica	% controlli programmati su aziende e animali	100% del programmato
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	Numero di interventi ispettivi in aziende edili , agricole e altri comparti/n. interventi ispettivi programmati sec. Piano locale/regionale	100% degli interventi programmati
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021	(N. schede codificate/N. schede inserite)*100	90%
Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	90%

Area Strategica 2: Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni

Area Strategica 2 :Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni		Target		
Obiettivi operativi	Indicatori	2023	2024	2025
Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, attraverso il rispetto dei requisiti di qualità previsti dal DM 70/2015	Degenza Media neonati sani (DRG 391)	3,5	mantenimento	mantenimento
	Degenza Media parti fisiologici	3,5	mantenimento	mantenimento
Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo * 100	75%	miglioramento	miglioramento
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 (ASL 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	% di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA	>=20%	mantenimento	mantenimento
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%	mantenimento	mantenimento
Garantire qualità clinica ed efficienza nel trattamento chirurgico per migliorare il recupero funzionale riducendo il rischio di complicanze	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	miglioramento	miglioramento	miglioramento
Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica (O.B.)	% accessi PS non seguiti da ricovero	70%	miglioramento	miglioramento
Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica (O.B.)	% di abbandoni dal Pronto Soccorso	<10%	miglioramento	miglioramento
Miglioramento degli indicatori PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	miglioramento	miglioramento	miglioramento
Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inappropriatezza in DO	<13%	mantenimento	mantenimento
Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	DIAGNOSTICA STRUMENTALE: % di prestazioni di diagnostica strumentale effettuate entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	100%	mantenimento	mantenimento
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE: % di prestazioni di diagnostica strumentale refertrate entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	>=95%	mantenimento	mantenimento
Migliorare appropriatezza prescrittiva richiesta esami PS e Radiologia	Attivare meccanismi di comunicazione - confronto fra Radiologia e PS	esito positivo	mantenimento	mantenimento

Area Strategica 3: Sostenibilità Economica

Area Strategica 3 :Sostenibilità Economica		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2023	2024	2025
Riqualificare l'assistenza protesica, alla luce dei nuovi LEA di cui al DPCM/2017, migliorando l'appropriatezza prescrittiva, garantendo la personalizzazione degli interventi e contenendo la spesa	Spesa protesica totale	Valore definito in linea BEP	Valore definito in linea BEP	Valore definito in linea BEP
Governare l'assistenza integrativa per renderla appropriata	Spesa per assistenza integrativa	Valore definito in linea BEP	Valore definito in linea BEP	Valore definito in linea BEP
Garantire il perseguimento dei target di risparmio assegnati	Mantenimento della spesa e dei consumi dei DM per il raggiungimento del valore target	mantenimento	mantenimento	mantenimento
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	Numero 0 giornate di ritardo	mantenimento	mantenimento
Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Numero di ordini su CdRIL DA9999999/numero totale ordini	3%	mantenimento	mantenimento
Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	€uds 36.000	miglioramento	miglioramento
Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	€uds 331.000	miglioramento	miglioramento

Area Strategica 4: Sanità Digitale

Area Strategica 4: Sanità Digitale		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2023	2024	2025
Garantire l'innovazione tecnologica e lo sviluppo della Sanità Digitale	Specialità con attivazione televisita	implementazione specialità	implementazione specialità	implementazione specialità
	Servizi di sanità digitale avviati (es. prenotazione, cambio medico, ecc.)	Esito positivi	Miglioramento	Miglioramento
	Pubblicazione nell'Area della Trasparenza del sito aziendale di quanto di competenza	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Monitoraggio periodico degli obblighi di pubblicazione	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Applicazione del Regolamento aziendale su accesso agli atti/accesso civico	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale	Programmazione attività n. 2 COT Aziendali in collaborazione con i servizi coinvolti	Esito positivo	mantenimento	mantenimento
	Implementazione della procedura di dimissioni protette con estensione a tutte le UO Ospedaliere	Esito positivo	mantenimento	mantenimento

Area Strategica 6: Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione

Area Strategica 6: Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2023	2024	2025
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF contenendone la spesa	% di SDO validate e/o chiuse nel FILE A/Numero totale SDO del periodo	100%	mantenimento	mantenimento
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore e la produzione	Chiusura atti operatori entro 30 gg. con inserimento descrizione intervento nella procedura informatica di blocco operatorio SOWEB	>=95%	mantenimento	mantenimento
	Numero errori di 1° e 2° livello rilevati per i flussi A dell'anno al termine previsto/Numero totale dei record flussi A dell'anno *100	>=95%	mantenimento	mantenimento
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	1_n. di segnalazioni nei SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere 2_n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES 3_redazione di una FMEA	1_>= 50 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2_>= 5 audit per Azienda Sanitaria 3_>=una per area	mantenimento	mantenimento
Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024 approvato con la DDG n. 60 del 29/04/2022	Attuazione alle misure di gestione del rischio corruttivo di propria competenza di ciascuna struttura aziendale previste nell'Allegato 1 del PTPCT	Esito positivo	mantenimento	mantenimento
Produzione e invio di un' relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Delibera aziendale di approvazione	Deliberazione entro il 30/09/2023		

Area Strategica 7: Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio

Area 7 Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2023	2024	2025
Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale	Programmazione attività n. 2 COT Aziendali in collaborazione con i servizi coinvolti	Esito positivo	mantenimento	mantenimento
	Implementazione della procedura dimissioni protette con estensione a tutte le UO Ospedaliere	Esito positivo	mantenimento	mantenimento

4.2 Obiettivi strategici anno 2023

Di seguito si indicano sinteticamente le azioni che la Asl Sulcis intende perseguire e rafforzare nell'ambito dell'attività del Dipartimento di Prevenzione, delle Cure Primarie e delle attività distrettuali, legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi d'integrazione tra Territorio e Ospedale, secondo modelli strutturati di Medicina di iniziativa e di prossimità.

I nuovi bisogni di salute che oggi ci troviamo a fronteggiare sono legati alle mutate condizioni socio demografiche ed economiche di questo territorio: da una parte, il progressivo invecchiamento della popolazione accompagnato dall'aumento della speranza di vita, ma segnate da patologie croniche potenzialmente invalidanti; dall'altra la constatazione che le risorse pubbliche disponibili per dare risposte appropriate alla nuova domanda di salute sono limitate.

I modelli attualmente adottati nel nostro sistema si adattano poco a soddisfare i nuovi bisogni e le nuove domande di salute.

In applicazione alla L.R. 24/2020 e al Piano regionale dei servizi sanitari 2022-24, adottato con Delibera RAS n. 9/22 del 24/03/2022 le linee programmatiche per il prossimo triennio sono orientate alla pianificazione, al rafforzamento e alla valorizzazione dei servizi territoriali attraverso:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- all'integrazione ospedale-territorio e al potenziamento di forme alternative al ricovero;
- potenziamento delle cure domiciliari integrate;
- riqualificazione dell'assistenza specialistica con l'obiettivo prioritario di ridurre le liste d'attesa.

In questo contesto, si inserisce il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il cui intento principale (nella Missione 6) è di ridisegnare l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale attraverso forti investimenti sull'assistenza sanitaria territoriale, le reti di prossimità, le strutture e la telemedicina, oltreché per l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza, pertanto, anche nel nostro contesto territoriale, rappresenta un'opportunità imperdibile di sviluppo, investimenti e riforme.

La Missione 6 Salute del PNRR mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due componenti:

Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;

Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali, come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Con il Fondi della Missione M6.C1 – 1.1 nella ASL Sulcis è prevista la realizzazione di due Case della Comunità:

- Casa della Comunità «San Ponziano» di Carbonia - Risorse PNRR 1.800.546,00 €
- Casa della Comunità «P.O. S. Barbara» di Iglesias- Risorse PNRR 2.007.195,00.

Le due Case di Comunità agiranno come Hub rispetto alle Case della Comunità di Giba, di S. Antioco, di Carloforte e di Fluminimaggiore, che saranno Spoke di Carbonia e Iglesias.

Attraverso le Case della Comunità (Hub e Spoke) sarà possibile costituire un'organizzazione capillare su tutto il territorio inserendo in esse le figure professionali attualmente non presenti e implementando le attività già in essere con approccio integrato e basato sulla medicina di iniziativa.

Grazie ai finanziamenti del PNRR è prevista la realizzazione di n. 2 modelli organizzativi di Centrale operativa territoriale (COT), una nel Distretto di Carbonia (ex Casa delle suore Sirai) ed una presso il Distretto di Iglesias (ex Presidio Ospedaliero Santa Barbara).

Sempre nell'ottica della necessità di forme organizzative innovative di assistenza, nell'ambito territoriale dell'Asl Sulcis il P.O. Santa Barbara è stato destinato ad accogliere tra le altre strutture, l'Ospedale di Comunità.

L'Ospedale di Comunità, come previsto dalla normativa di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri

ospedalieri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale o di tipo socio-sanitario.

Sulla base di una analisi dei bisogni, l'Azienda ha rilevato che i piccoli Comuni del Sulcis-Iglesiente segnalano criticità assistenziali in considerazione della carenza di servizi che nel corso degli anni sono andati sempre più a ridursi. Anche alla luce della situazione epidemiologica dei territori e delle crescenti condizioni di fragilità e cronicità che determinano una complessità, non solo sanitaria, ma anche sociale, l'Azienda intende rivitalizzare e potenziare gli ambulatori/poliambulatori presenti nei piccoli Comuni, anche attraverso l'impegno di nuove tecnologie come la Telemedicina, per rispondere alle esigenze assistenziali, sanitarie e sociosanitarie di pazienti anziani, fragili e disabili.

Con riguardo all'area dell'assistenza ospedaliera i nuovi assetti aziendali, così come previsti nell'atto aziendale, pubblicato in approvazione preliminare con Delibera del DG della ASL Sulcis n° 324 del 18/11/2022, prevedono una riorganizzazione ospedaliera volta a migliorare e potenziare l'assistenza.

4.3 Sistema di misurazione e valutazione della performance

Allo stato attuale riguardo ai tempi e ai modi dell'assegnazione degli obiettivi e delle fasi di negoziazione di budget la Asl Sulcis non ha adottato un proprio Regolamento, pertanto risulta tutt'ora vigente il Regolamento "Sistema di misurazione e valutazione della performance ATS Sardegna" adottato dal Commissario Straordinario ATS Sardegna con Deliberazione n. 221 del 7/4/2020, integrato con Delib. n. 506 del 30/06/2021. (allegato n. 1)

Di seguito si indicano le fasi del Processo di Misurazione e Valutazione della Performance:

- Definizione di obiettivi, indicatori e valori attesi: traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi tramite la stesura delle Schede Budget
- Collegamento fra obiettivi ed allocazione risorse
- Monitoraggio in corso di esercizio ed eventuale attivazione di interventi correttivi
- Misura e valutazione della performance organizzativa ed individuale
- Utilizzo dei sistemi premianti
- Rendicontazione e pubblicazione dei risultati della performance

4.4 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione. L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance;

- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Servizio Bilancio al Servizio Programmazione e Controllo, all'Organismo Indipendente di Valutazione, agli Uffici ordinatori e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

In applicazione dell'art. 25 del D.Lgs. 118/2011, la Asl Sulcis ha adottato con Delibera del Direttore Generale n. 323 del 15/11/2022 il Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale 2023-2025, successivamente rettificato, con Delibere D.G. n. 366 del 16/12/2022 e n. 378 del 27/12/2022, per adeguarlo alle ulteriori indicazioni regionali.

Si evidenzia, altresì, che detto documento di programmazione è in stato di ulteriore elaborazione al fine di adeguarlo ai nuovi stanziamenti provvisori per gli anni 2023,2024,2025 comunicati dall'Assessorato della Sanità con nota prot. n. 682 del 10/01/2023, pertanto, allo stato attuale il Bilancio di Previsione annuale 2023 e pluriennale 2023 – 2025 sarà oggetto di una successiva approvazione da parte dell'Assessorato della Sanità.

Si allega il Mod. CE relativo all'anno 2023 adottato con Delibera D.G. n. 378 del 27/12/2022 con riserva di inserire successivamente il modello definitivo che verrà approvato dall'Assessorato della Sanità. (Allegato n. 2)

5 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

La presente sottosezione del PIAO è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ai sensi della Legge 190/2012 sulla base degli obiettivi strategici dell'organo di indirizzo formulati in una logica di integrazione con quelli programmati in modo funzionale alle strategie di creazione del valore pubblico così come previsto dal DM 20/06/2022 " Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione".

L'aggiornamento annuale del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza ha lo scopo di adattare la programmazione triennale alle modifiche organizzative interne o ad eventuali modifiche normative per fare del Piano uno strumento dinamico i cui contenuti verranno affinati, integrati, modificati e aggiornati per adattarsi all'evoluzione organizzativa.

Le misure di prevenzione hanno infatti, evidentemente,un contenuto prettamente organizzativo. Con esse vengono adottati interventi che toccano l'amministrazione nel suo complesso (si pensi alla riorganizzazione dei controlli interni), ovvero singoli settori (la riorganizzazione di un intero settore di uffici, con redistribuzione delle competenze), ovvero singoli processi/procedimenti tesi a ridurre le condizioni operative che favoriscono la corruzione nel senso ampio prima indicato. Questa loro natura non si concilia quindi con l'assenza di una organizzazione definita e stabile, come è quella che attualmente caratterizza la ASL Sulcis.

L'autoanalisi organizzativa, presupposto per la predisposizione delle misure generali e specifiche di prevenzione della corruzione, risulta infatti priva dello stesso suo oggetto, e le stesse misure anticorruzione perdono in gran parte la loro effettiva funzione.

La mancanza dell'atto aziendale è circostanza che si perpetua oggi sin dall'adozione del Piano Triennale anticorruzione e che pone il presente Aggiornamento in piena continuità col primo.

Peraltro, in questa fase di predisposizione dell'organizzazione aziendale, il Piano, col suo primo aggiornamento, assume il ruolo di strumento attraverso il quale poter individuare le strategie funzionali alla prevenzione ed al contrasto della corruzione intesa nel più ampio significato di cattiva amministrazione, fornendo ai vertici aziendali una rilevante guida nella definizione dell'organizzazione aziendale anche attraverso un ampliamento della platea degli stakeholders rispetto a quelli naturalmente coinvolti nella predisposizione dell'Atto Aziendale. Difatti, prima della predisposizione del presente aggiornamento è stato pubblicato sul sito Internet della ASL Sulcis apposito avviso diretto agli stakeholders interni ed esterni alla Azienda, in adempimento a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), allo scopo di raccogliere proposte e osservazioni dalla società civile, che consentano di formulare un documento condiviso con i gruppi, i comitati, le associazioni e le rappresentanze delle categorie produttive del territorio, nonché con altri cittadini interessati e con i dipendenti dell'Ente al fine di ottenere proposte o suggerimenti per l'aggiornamento condiviso e partecipato del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Si da conto a tal proposito che ad oggi non è pervenuto al RPTC alcun contributo e/o suggerimento per la predisposizione dell'aggiornamento.

Il presente aggiornamento del Piano Aziendale tiene quindi in considerazione i seguenti fattori:

- le novità organizzative;
- esiti della relazione annuale del RPCT 2022 con le criticità e proposte formulate dai Responsabili di struttura e dai Referenti delle macro-aree
- nuove indicazioni fornite dall'ANAC, con delibere, determine, comunicati emanati nel 2022;
- esito del monitoraggio semestrale sull'attuazione del Piano anticorruzione 2022 e sul monitoraggio degli obblighi di pubblicazione;

5.1 – Le Novità organizzative – (Struttura organizzativa: rinvio al paragrafo 6.1)

L'Azienda Socio Sanitaria n. 7 Sulcis costituita il 1 gennaio 2022 a seguito della riforma del

Sistema Sanitario Regionale approvato con la Legge Regionale n. 24/2020 è ancora in fase di organizzazione con un Atto Aziendale ancora in corso di perfezionamento.

L'analisi del Contesto interno e delle sue modificazioni in questo primo anno di aggiornamento, si rilevano qui le principali novità capaci di influire più direttamente sul sistema dei soggetti coinvolti nella gestione del rischio corruttivo:

1.a) l'istituzione e nomina del Collegio sindacale

1.b) l'istituzione e nomina dell'Organismo di Valutazione OIV

1.c) l'assunzione di due dirigenti amministrativi

1.a) Il Collegio Sindacale istituito e nominato con delibera del Direttore Generale Asl Sulcis n.226 del 15/09/2022 è 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 maladministration.

1.b) Anche l' Organismo Indipendente di Valutazione, che all'epoca della pubblicazione del primo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza era in fase di definizione, è stato istituito con delibera del Direttore Generale dell'Asl Sulcis n. 306 del 07/11/2022 . Nei primi incontri intercorsi con il RPTC si è quindi avuto modo di cominciare a predisporre le basi per quel necessario rapporto di collaborazione richiesto dal legislatore in virtù della funzione di valutazione complessiva del personale dipendente ,del sistema dei controlli interni e della trasparenza .

L'Organismo è importante perno del ciclo della gestione del rischio corruttivo cui spetta 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.Lgs33/2013 e PNA 2016). Il RPTC segnala inoltre all'OIV , ai sensi dell'art. 1, co. 7, l. 190/2012 le "disfunzioni" (così recita la norma) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

La istituzione del Collegio sindacale e dell'Organismo Interno di Valutazione è novità successiva alla pubblicazione del PTPCT 2022-2024 che consente di dare esecuzione allo stesso emanato in assenza di questi due soggetti fondamentali nella gestione del rischio corruttivo

5.2- Monitoraggio dei processi a maggior rischio corruttivo in sede di riesame delle misure del PTPCT in sede di relazione annuale del RPCT 2022

Per l'analisi del contesto esterno si rinvia alla apposita sezione del PIAO ove sono state illustrate le principali caratteristiche e dinamiche territoriali e settoriali dell'ambito di competenza della ASL Sulcis. Dallo studio e considerazione delle caratteristiche anche anagrafiche della popolazione oltre che del contesto criminogeno esterno, l'Amministrazione riceve importanti informazioni che costituiscono i presupposti indispensabili dell'intero processo di pianificazione.

Tra le circostanze esterne che condizionano la presente pianificazione vi è il processo legislativo di riforma del sistema sanitario regionale iniziato nel 2020 e tutt'ora in corso di definizione.

La circostanza legata alla nascita dell'Azienda datata al 1 gennaio 2022 e la mancanza ad oggi dell'atto aziendale ancora in fase di approvazione, non ha consentito di poter aprire un tavolo di confronto con le articolazioni aziendali tali da consentire una appropriata integrazione e aggiornamento del Piano che presuppone necessariamente una organizzazione definita, con relativa individuazione di competenze e responsabilità.

Proprio per le ragioni esposte, dato atto che dalle relazioni dei dirigenti acquisite ai fini della relazione annuale pubblicata nel sito Web della Asl Sulcis il 15 gennaio 2023 emerge l'assenza di fenomeni

corruttivi, l'intero processo di gestione del rischio corruttivo, dalla mappatura dei processi alla valutazione del rischio corruttivo risulta ancora improntato sulla costruzione ereditata dall'Azienda Tutela della Sanità (ATS oggi ARES) da cui le Aziende Sanitaria Locale si è formata per scorporo con una sua organizzazione ancora in divenire.

La metodologia e gli indicatori utilizzati per la misurazione del rischio (di cui all'ALLEGATO 1) è la stessa utilizzata dall'ATS sin dal 2019 in cui i livelli di rischio sono stati così definiti:

- ✓ Medio (normativa di principio, ridotta pubblicità, attività a media discrezionalità, controlli ridotti, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo). Nei casi in cui sia riscontrabile un livello di rischio medio, saranno assicurati controlli e verifiche semestrali, definizione di protocolli operativi o regolamenti e implementazione delle misure preventive specificatamente individuate.
- ✓ Alto (alta discrezionalità, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo, potere decisionale concentrato in capo a singole persone, rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi, rischio di danni alla salute in caso di abusi, notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi).

Nelle attività in cui è previsto un alto livello di rischio, si è previsto un controllo più frequente di quello previsto inizialmente .

Così, ad esempio per il processo di inserimento della utenza in strutture residenziali e semiresidenziali di competenza le strutture complesse afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Zona Sud, in cui essendo alto il rischio di un uso distorto di fondi pubblici e violazione della deontologia professionale si è ritenuto di aumentare la frequenza dei controlli che diventano trimestrali e realizzati attraverso apposita piattaforma informatica in dotazione alla struttura i cui report saranno trasmessi al RPTC

5.3 - Trattamento del Rischio : Misure generali e Misure speciali anticorruzione

In questi primi undici mesi di vigenza del PTPCT 2022-2024 risulta, come sopra riportato a proposito del monitoraggio e come meglio specificato nella tabella " Rischi e misure di prevenzione della corruzione" di cui all' Allegato 3 che sono state mantenute e trovate misure speciali atte a gestire i processi ad alto rischio corruttivo.

Le misure generali di prevenzione della corruzione che l'Azienda intende attuare già in questa fase transitoria sono le seguenti:

- Il Codice di Comportamento;
- La formazione;
- Whistleblowing - La Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti
- La rotazione dei dipendenti;

- La gestione del conflitto di interessi;
- il patto di integrità negli affidamenti;
- Il divieto di patoufflage;
- trasparenza e pubblicazione degli atti;

3.1- Il Codice di Comportamento

L'ASL n. 7 Sulcis ha avviato già nella pianificazione del PTPCT 2022-2024 pubblicato solo undici mesi fa, uno studio per l'adattamento del Codice di Comportamento tutt'ora vigente ereditato dall'ATS alla nuova realtà aziendale. In primo luogo ha inaugurato un confronto con gli Uffici per i Procedimenti Disciplinari (UPD) per accertare quali comportamenti corruttivi sono più frequenti nell'Azienda al fine di una efficace previsione normativa delle relative norme comportamentali.

L'istituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione consente oggi di programmare una collaborazione tra detto Organismo e il RPTC ai fini della definizione di un Codice di Comportamento Aziendale. tenendo conto delle Linee guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e che 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.

Ma soprattutto la recente nomina dell'OIV consente il necessario collegamento tra la pianificazione delle misure anticorruptive con il ciclo della performance, al fine di garantire la correlazione funzionale degli obiettivi annuali di miglioramento della prestazione lavorativa posti al personale con gli obiettivi di prevenzione della corruzione.

Più precisamente, il nesso funzionale si è realizzato assegnando ai Dirigenti due obiettivi di budget inerenti la prevenzione del rischio corruttivo: uno inerente la divulgazione del contenuto del PTPCT 2022-2024 a tutto il personale afferente alla struttura diretta; l'altro consiste in una relazione illustrativa sulle azioni adottate per la esecuzione delle misure di prevenzione previste nel Piano Triennale 2022-2024

3.2- La formazione dei dipendenti

La formazione è un fondamentale strumento di sviluppo e diffusione della cultura della legalità.

Come previsto dalla L.R. 24/2020 le attività formative sono gestite dal Servizio Formazione ARES.

Le attività di formazione si articoleranno su due livelli:

- il primo prevede la realizzazione di eventi formativi destinati a tutti i dipendenti e collaboratori dell'azienda generalmente in modalità FAD (= Formazione A Distanza) da compiersi sia a livello centrale che a livello di articolazione aziendale sui temi dell'etica e della legalità, della conoscenza della normativa di riferimento sulla prevenzione della corruzione. Il processo di informazione/ formazione dovrà essere facilitato e rafforzato dai Responsabili delle strutture.
- Il secondo livello di approfondimento riguarda il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e i funzionari addetti che svolgono la loro attività in settori che presentano un elevato grado di rischio di corruzione. Gli argomenti del secondo livello di formazione riguarderanno l'analisi approfondita della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione, e più in generale sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

Il RPCT in collaborazione con il Responsabile della Formazione ARES, con la definizione del programma di formazione e la vigilanza sulla sua attuazione, assolve i propri obblighi circa l'individuazione delle procedure idonee per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione.

Nel corso del 2023 si procederà, compatibilmente con l'implementazione organizzativa a seguito dell'approvazione dell'Atto Aziendale, con iniziative di formazione/informazione base rivolte ai dipendenti privilegiando quelle da remoto (FAD), con interventi diretti del RPCT, con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di risorse possibili, privilegiando i neoassunti.

3.3- GESTIONE E MONITORAGGIO DEL SISTEMA DI TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)

I soggetti che segnalano illeciti di cui sono venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro e/o di collaborazione con l'azienda, sono tutelati secondo quanto disposto dal comma 51 dell'art.1 della legge n. 190/2012. Sono vietati qualsiasi comportamenti discriminanti nei confronti dei dipendenti o collaboratori che segnalano un fatto illecito. Per misure discriminatorie si intendono quelle avviate nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico o al RPCT e che a tale evento siano da collegarsi:

- avvio di azioni disciplinari ingiustificate;
- molestie sul luogo di lavoro;
- ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro lesive dei diritti del lavoratore.

La piattaforma informatica whistleblower aziendale è stata attivata a decorrere dal 01/12/2022 in collaborazione con *WhistleblowingPa*, la piattaforma informatica promossa da *Transparency International Italia* e *Whistleblowing solution Italia*. In ottemperanza alla raccomandazione del PNA, il sistema informatico di segnalazione consente di indirizzare la segnalazione al RPCT, unico soggetto abilitato a ricevere e gestire la stessa nella piattaforma informatica nel rispetto delle garanzie che la normativa in materia offre al segnalante. La gestione delle segnalazioni attraverso il sistema informatico ha il vantaggio di non esporre il segnalante alla presenza fisica dell'ufficio ricevente evitando la diffusione di notizie delicate e riservate. Le segnalazioni sono gestite dal RPCT ai sensi della vigente normativa e secondo le linee guida ANAC. La tutela dei denunciati è supportata anche da un'attività di sensibilizzazione e di formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite oltre che grazie alla collaborazione con il DPO aziendale, la ditta Karanoaa s.r.l. convenzionata con la Asl Sulcis per il trattamento dei dati personali.

Il numero e la tipologia delle segnalazioni sono state oggetto di rilevazione e monitoraggio nella relazione annuale che il RPCT predispose e pubblica nella sezione amministrazione dedicata sul sito web aziendale generalmente entro il 15 dicembre e per questo primo anno di vigenza del PTPCT 2022-2024 slittato al 15 gennaio.

3.4- 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. 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 ovviamente 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.

ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE

L'istituto della "rotazione straordinaria" è previsto dall'art. 16, comma 1, lett. l 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’Azienda.

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.

L’art. 16, comma 1, lett. l 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. l quater, del D.lgs. n. 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.

3.5 - 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. Esso 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. In tale situazione, il Responsabile 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.

3.6 FORMAZIONE DI COMMISSIONI E ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI

CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Con riferimento alla formazione di commissioni ed alle assegnazioni agli uffici di cui all'art. 35 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001, l'Azienda 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 acquisisce tali 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 al RPCT

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.

3.7 INCOMPATIBILITA'/INCONFERIBILITA' 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'Azienda 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'Azienda applica le seguenti misure di prevenzione:

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

3.8 REVOLVING DOOR-PANTOUFLAGE

Al fine di dare 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.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 (vedasi Allegato 5), con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa da inserire nel fascicolo personale del dipendente.

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.

3.9 PATTO D'INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

Secondo quanto previsto dall'art.1 comma 17 della legge 190/2012, tra le misure di prevenzione della corruzione le Amministrazioni possono utilizzare i Patti d'integrità e i Protocolli di legalità. Si tratta di strumenti tesi a rafforzare la normativa antimafia mediante forme di controllo non obbligatorie ma volontariamente pattuite tra i soggetti coinvolti, ossia la Stazione appaltante e gli operatori economici che partecipano alla gara. Lo scopo di tali patti è quello di prevenire il fenomeno corruttivo e valorizzare comportamenti eticamente adeguati. Al fine di rendere operativa la procedura le Stazioni appaltanti inseriscono negli avvisi, nelle lettere d'invito e nei bandi di gara, una cosiddetta "clausola di salvaguardia".

La mancata accettazione ed il mancato rispetto del protocollo di legalità danno luogo all'esclusione dalla gara ovvero alla risoluzione del contratto.

3.10 IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'ACCESSO AGLI ATTI

L'ASL Sulcis nelle more dell'adozione dell'atto aziendale, in via di approvazione definitiva da parte della regione Sardegna, alla luce del dettato normativo in materia di trasparenza e obblighi di pubblicazione (legge 6 novembre 2012, n. 190, D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, D.lgs. 25/05/2016 n. 97) ha adottato il PIAO 2023-2025 contenente apposita sezione anticorruzione, nella quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati (vedasi allegato 4).

In tale schema sono indicati i soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali servizi/uffici tenuti alla individuazione, alla elaborazione dei dati e alla pubblicazione sul sito web istituzionale. Sono altresì indicate i termini, le frequenze e le periodicità dei relativi aggiornamenti. Stante il perdurare dell'attuale fase transitoria e riorganizzativa del sistema sanitario regionale, come già illustrato, alcuni obblighi di pubblicazione e trasparenza non sono nella disponibilità dell'Azienda in quanto i relativi dati e flussi sono nella disponibilità dell'ARES .

I dirigenti responsabili delle Strutture e dei Servizi dell' Azienda indicati nella tabella hanno l'obbligo della pubblicazione per gli atti e/o documenti specificamente indicati e devono garantire il regolare flusso delle informazioni da pubblicare, secondo la seguente operatività : ogni struttura/Servizio/Ufficio/Unità Organizzativa individuata competente per l'elaborazione di un documento, contenente anche informazioni e dati, oggetto di pubblicazione, è tenuta a predisporre i necessari file, in formato aperto, e trasmetterli, nei tempi indicati, all'Ufficio Comunicazione, competente a compiere le operazioni di inserimento nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, previa verifica congiunta col Responsabile aziendale per la Trasparenza.

ACCESSO CIVICO AGLI ATTI

Nel corso del 2023 si intende completare l'aggiornamento del *sito web aziendale* in particolare l'implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente" con tutte le informazioni atte a consentire agli interessati l'accesso civico e l'accesso generalizzato secondo quanto già indicato da ANAC (moduli, responsabili e rimedi).

Come indicato nella relazione annuale 2022 del RPCT, sono state evidenziate alcune criticità legate al mancato funzionamento della prevista procedura per quanto attiene la trasmissione di flussi per la generazione del Registro degli accessi.

Per il corrente anno, al momento dell'implementazione dell'atto aziendale compatibilmente con la disponibilità di risorse umane, strutturali ed economiche, è opportuno apportare i dovuti correttivi prevedendo modalità informatizzate di trasmissione dei flussi in modo da poter consentire la pubblicazione integrale del registro accessi entro il 31/12/2023

Allegati alla Sottosezione di programmazione n. Anticorruzione e Trasparenza

- all. 01 - Tabella indici misurazione del rischio
- all. 02 – Catalogo Processi;
- all. 03 - Tabella Rischi e Misure ;
- all. 04 – Tabella obblighi di pubblicazione;

6 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

6.1 Struttura organizzativa

Come illustrato in premessa, l'Atto Aziendale della Asl n. 7 del Sulcis è in stato di approvazione a seguito della Delibera di verifica di conformità adottata dall'Assessorato della Sanità, pertanto allo stato attuale il nuovo assetto organizzativo è in via di definizione.

Ai sensi dell'art. 3 co. 1 bis, del D.Lgs n.502/92 e ss.mm.ii. e dall'art. 10, co. 1 e 3 della L.R. n. 24/2020, sono organi della Asl:

- il Direttore Generale
- il Collegio Sindacale
- il Collegio di Direzione

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

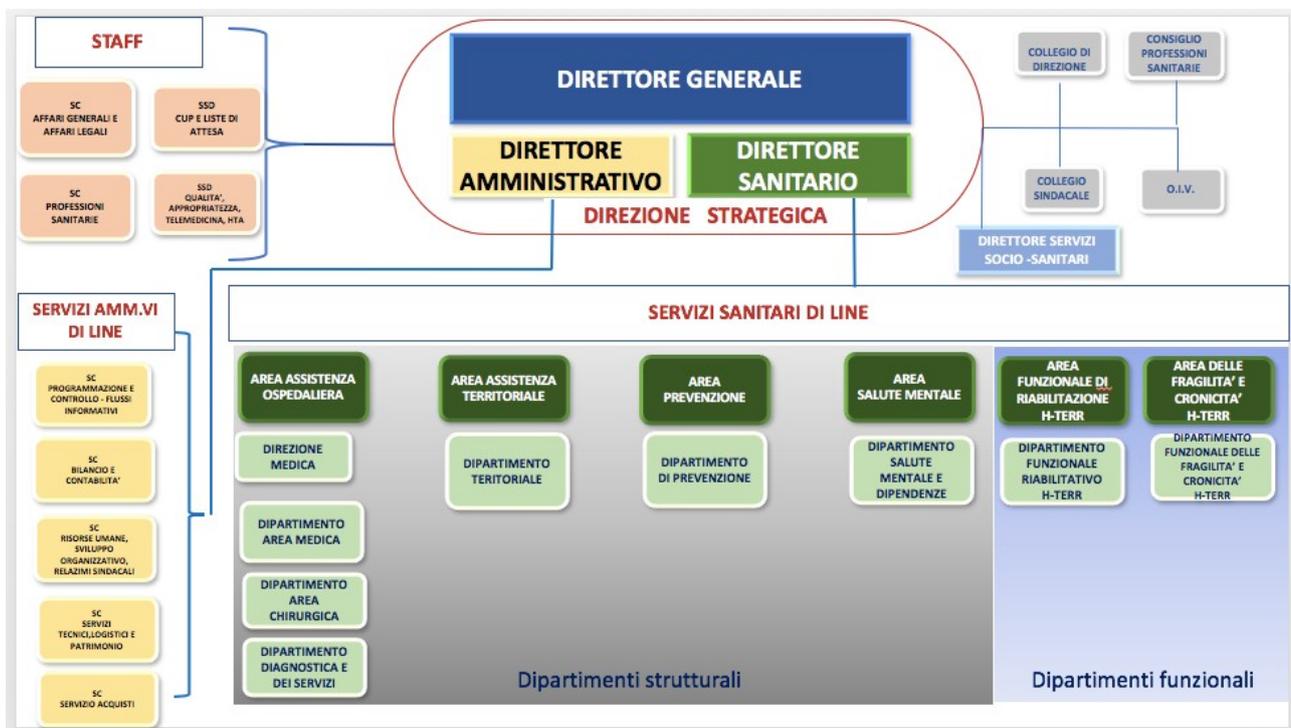
Ad oggi, l'Azienda risulta strutturata dal Direttore Generale, il cui incarico è stato formalizzato con Delibera n. 1 del 10/01/2022, dal Direttore Sanitario nominato con Deliberazione n. 298 del 02/11/2022, dal Direttore Amministrativo nominato con deliberazione n. 299 del 01/11/2022.

Con Deliberazione n. 226 del 15/09/2022 la Asl Sulcis ha provveduto alla costituzione del Collegio Sindacale.

Si è, altresì provveduto alla istituzione e nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della ASL 7 Sulcis con Delibera DG n. 306 del 07/11/2022.

In applicazione della citata L.R. n. 24/2020 alle Aziende socio-sanitarie locali è affidata la responsabilità dei processi assistenziali nei rispettivi territori di competenza e ad ARES in maniera centralizzata le funzioni di supporto tecnico-amministrativo per tutte le aziende sanitarie di erogazione del sistema regionale.

Di seguito si riporta il modello organizzativo rappresentato nell'Atto Aziendale ancora in corso di perfezionamento.



6.2 Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche è stato introdotto dall'art. 14 legge n. 124 del 2015 e successivamente disciplinato dall'art. 18 della legge n. 81 del 2017.

Il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), che costituisce una sezione del Piano Integrato delle attività e di organizzazione ha l'obiettivo di definire le modalità di introduzione e gestione dello smart working all'interno delle amministrazioni pubbliche.

Nelle more dell'adozione del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) della Asl Sulcis, per la sezione dell'organizzazione del lavoro agile si rimanda a quanto indicato nella nota della ex ATS Sardegna avente ad oggetto: " D.P.C.M. del 23 settembre 2021 – Misure in materia di pubblico impiego – Aggiornamento sulle modalità di applicazione del lavoro agile, con la quale la Direzione Amministrativa ATS aveva regolamentato l'attivazione dello smart working per i dipendenti dell'allora ATS.(Allegato n. 4)

Si da atto che allo stato attuale tra il personale dipendente e la Asl Sulcis non è stato formalizzato nessun accordo per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile.

6.3 Piano triennale del fabbisogno del personale

Si allega il Piano triennale del fabbisogno del personale 2022 che costituisce documento integrante e sostanziale del BEP 2023-2025 adottato con Delibera D.G. n. 323 del 15/11/2022 e rettificato con Delibera D.G. n. 366 del 16/12/2022 e n. 378 del 27/12/2022.

Si evidenzia che detto Piano, tenuto conto della implementazione della dotazione organica determinata dalle assegnazioni del personale tra l'Azienda Regionale della Salute (ARES) e le Aziende Socio Sanitarie Locali, sarà, verosimilmente, oggetto di successivi aggiornamenti. (Allegato n. 5).

Per l'anno 2023, come rappresentato nel Piano del fabbisogno del personale-anno 2023, sono state programmate assunzioni pari a numero 79 figure afferenti all'Area della Dirigenza Medico Veterinaria e numero 8 figure della Dirigenza Sanitaria non Medica-Biologi. Il dato tiene conto delle indicazioni contenute nella nota comunicata dall'Assessorato della Sanità Prot.n. 27647 del 02/12/2022, in base alla quale, al fine di garantire una dotazione organica minima per il Servizio Veterinario, è stata prevista l'assunzione di numero 5 Dirigenti Veterinari e numero 6 Dirigenti Biologi. Sempre nel citato Piano, è, altresì, prevista l'assunzione di 91 figure del comparto - ruolo sanitario.

6.4 Formazione del personale

L.R. della Sardegna n. 24/2020 prevede all'articolo 3 c. 3 lettere g) e h) che ARES fornisca il supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale e curi le procedure di accreditamento ECM.

Ai sensi della Legge Regionale citata, il Piano Formativo Aziendale 2023 è stato adottato da Ares Sardegna con Delibera D.G. n. 296 del 23/12/2022, che si allega al presente documento. (Allegato n.6)

Si evidenzia che il fabbisogno formativo per il 2023 è stato definito attraverso le seguenti fasi:

- ARES Sardegna, in qualità di Provider, con nota PG/63010 del 19/09/2022 ha avviato un confronto con la Direzione della Asl Sulcis per la rilevazione dei bisogni formativi per l'anno 2023;
- i Direttori delle Strutture della AslSulcis hanno presentato le proposte di progetto formativo alla Direzione Generale della Asl Sulcis per una previa autorizzazione;
- le proposte di progetto formativo autorizzate sono state trasmesse ad ARES Sardegna mediante la compilazione della scheda di rilevazione *online*, nella *Sezione Formazione* sulla homepage del sito ufficiale internet di Ares Sardegna, con l'indicazione dell'Area tematica, del titolo del progetto formativo aziendale, del Responsabile Scientifico, del numero di edizioni e delle ore per edizione, nonché dei relativi costi;
- la S.C. Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo- Ares ha provveduto alla raccolta del bisogno formativo di tutte le Aziende sanitarie regionali e all'adozione del Piano Annuale della Formazione (PAF) del Provider ARES 2023;
- le proposte formative anno 2023 della Asl Sulcis sono indicate nell'allegato B) del Piano citato.

7 MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo piano 2023 – 2025 e rendicontati nella Relazione sulla Performance.

Con la rendicontazione dei risultati della performance di struttura, viene esplicitato il legame tra la realizzazione della strategia dell'Azienda e l'assegnazione degli obiettivi operativi alle strutture organizzative, anche in relazione al raggiungimento dei target degli indicatori strategici.

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali (File A, File C, consumato per CDC, ecc), mentre per gli obiettivi che implicano la definizione di linee guida, predisposizione di protocolli clinico-assistenziali, ecc. , avviene recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture, ai fini della certificazione e del riscontro oggettivo del raggiungimento dell'obiettivo.

Il processo di valutazione è normato nel Regolamento Aziendale tutt'ora vigente "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP)" adottato con Delibera C. S. n. 221 del 07/04/2020 e integrato con Delibera C. S. n. 506 del 30/06/2021.

Con riferimento al monitoraggio dei rischi corruttivi, durante l'anno spetta al RPC verificare l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste nel PTPCT, le cui risultanze costituiranno di conseguenza il presupposto per la definizione del successivo Piano e della Relazione annuale sull'intera attività svolta. In relazione alle modalità di monitoraggio delle misure specifiche di prevenzione si rinvia a quanto illustrato nel relativo PTPCT allegato al presente documento.

Si ritiene opportuno richiamare i compiti di monitoraggio svolti dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV):

- favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;

- attesta l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza, secondo la vigente normativa in materia;
- verifica la coerenza degli obiettivi annuali programmati delle Articolazioni organizzative aziendali con le direttive di budget aziendali;
- supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale ;
- propone, sulla base del sistema di misurazione e valutazione, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- 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.Lgs33/2013 e PNA 2016).
- valida la relazione sulla performance e assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Amministrazione.