



Piano Integrato
di Attività e Organizzazione (PIAO)
2024-2026

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 contesto interno
 - 2.5 Amministrazione in cifre
- 3. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**
 - 3.1 VALORE PUBBLICO**
 - 3.1.2 Accessibilità digitale/procedure da semplificare e re-ingegnerizzare
 - 3.2 PERFORMANCE**
 - 3.2.1 Obiettivi del Direttore Generale anno 2024
 - 3.2.2 Pianificazione triennale
 - 3.2.3 Sistema di misurazione e valutazione della performance
 - 3.2.4 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
 - 3.3 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**
 - 3.3.1 I protagonisti della prevenzione della corruzione
 - 3.3.2 Valutazione del livello di esposizione al rischio di corruzione delle articolazioni aziendali- Individuazione della attività rischio
 - 3.3.3 Trattamento del Rischio : Misure generali e Misure speciali anticorruzione
- 4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**
 - 4.1 Struttura organizzativa
 - 4.2 Organizzazione del lavoro agile (POLA)
 - 4.3 Piano triennale del fabbisogno del personale
 - 4.4 Formazione del personale
- 5. MONITORAGGIO**

1. Premessa

Il 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, all’art. 6 prevede che le pubbliche amministrazioni, con più di cinquanta dipendenti, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Il quadro normativo è stato completato con l’approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6. In particolare ai sensi del D.P.R. del 24 giugno 2022 n. 81, sono stati soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano, gli adempimenti inerenti 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.

La soppressione degli adempimenti nell’ambito del PIAO non equivale all’abrogazione dei programmi e piani che vi confluiscono, al contrario le pubbliche amministrazioni sono tenute a redigere detti documenti seguendo gli adempimenti specifici del PIAO stesso.

Con il D.P.R. del 30 giugno 2022, n. 132 è stato adottato il “Regolamento recante la definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”, con il quale è stata definita la struttura e le modalità redazionali dello stesso.

Nell’intento del legislatore il PIAO si pone come uno strumento di riconfigurazione e integrazione progressiva e graduale dei piani preesistenti citati, al fine di assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini, procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

Il Piano si articola in 4 sezioni, a loro volta articolate in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali. Le sezioni sono le seguenti:

- Scheda anagrafica dell’amministrazione
- Valore pubblico, performance e anticorruzione;
- Organizzazione e capitale umano;
- Monitoraggio.

Il presente documento è stato redatto sulla base delle indicazioni normative citate e rappresenta un documento programmatico a valenza triennale e aggiornamento annuale.

2. SCHEDE ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

2.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale n.7 del Sulcis Iglesiente 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 Iglesiente 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 Iglesiente, 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). Il territorio su cui si estende l'Asl Sulcis Iglesiente è pari a 1.500 km², la densità di popolazione è pari a 78 ab. per km².

La popolazione indicata dall'Istat a gennaio 2023 è di 117.702 abitanti, cui vanno aggiunte le migliaia di presenze determinate dai flussi turistici nei periodi estivi.

La popolazione del territorio di competenza dell'Asl Sulcis Iglesiente presenta un decremento dello 0,5% (circa -609 abitanti) rispetto all'anno precedente (Istat a gennaio 2022 n. 118.311) . Tale popolazione risulta suddivisa tra n. 60.071 femmine e n. 57.631 maschi.

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.aslSulcisIglesiente.it

La struttura organizzativa aziendale è disciplinata dall'Atto aziendale adottato con Delibera D.G. n. 213 del 16.05.2023, a seguito della valutazione positiva di conformità agli indirizzi regionali espressa con la D.G.R. n. 17/38 del 04.05.2023 .

L'Azienda Sanitaria Locale n. 7 del Sulcis Iglesiente è articolata in:

A) Presidi Ospedalieri:

- P.O. Sirai a Carbonia, Stabilimento DEA I° livello, multi-specialistico e punto di riferimento per le attività di Emergenza-Urgenza;
- P.O. CTO a Iglesias, Stabilimento DEA I° livello, sede del polo materno infantile e, con funzioni di assistenza programmata, sede di Punto Primo di Intervento (PPI);
- P.O. Santa Barbara a Iglesias, Stabilimento nodo della rete territoriale regionale, e sarà sede dell'Ospedale di Comunità, Casa di comunità con servizi specialistici, polo riabilitativo e Hospice.

B) Distretti Socio Sanitari:

- Distretto Socio-Sanitario di Carbonia;
- Distretto Socio-Sanitario di Iglesias;
- Distretto Socio-Sanitario Isole di San Pietro e Sant'Antioco.

C) Dipartimenti :

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
- Dipartimento Funzionale Riabilitativo Ospedale-Territorio (da attivare come da Atto Aziendale)
- Dipartimento Funzionale delle Fragilità e della Cronicità (da attivare come da Atto Aziendale)

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda socio-sanitaria locale del Sulcis Iglesiente 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:

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

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

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

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

- pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;
- day surgery;
- day hospital;
- riabilitazione;
- 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:

- 2 EGUAGLIANZA: ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceti, religione ed opinioni politiche;
- 3 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;
- 4 RISPETTO della dignità umana e della privacy;
- 5 EQUITA' e IMPARZIALITÀ vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- 6 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;
- 7 UMANIZZAZIONE: le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico;
- 8 DIRITTO DI SCELTA: il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare;
- 9 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;
- 10 CONTINUITA': Il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo continuativo;
- 11 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;
- 12 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;

- 13 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 e contesto interno.

Come indicato nel paragrafo 2.1, l'ambito territoriale della Azienda del Sulcis Iglesiente comprende tre aree geografiche: Sulcis, Iglesiente e le Isole di Sant'Antioco e di San Pietro, che costituiscono l'Arcipelago del Sulcis Iglesiente.

Alle tre aree geografiche corrispondono tre Distretti socio sanitari: il Distretto di Carbonia, il Distretto di Iglesias e il Distretto delle Isole minori.

Nella seguente tabella illustrativa si indicano i Comuni e la popolazione residente in ciascun Distretto.

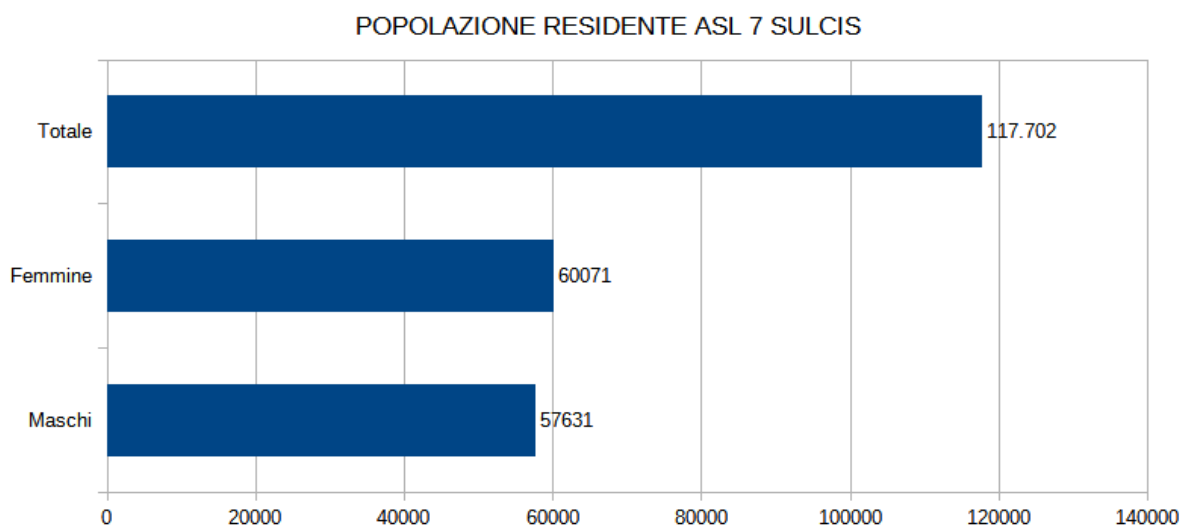
Popolazione residente al 1° gennaio 2023								
N	Distretto di Iglesias		N	Distretto di Carbonia		N	Distretto delle Isole	
1	Buggerru	1045	1	Carbonia	26250	1	Sant'Antioco	10645
2	Domusnovas	5865	2	Giba	1916	2	Calasetta	2775
3	Fluminimaggiore	2639	3	Masainas	1226	3	Carloforte	5925
4	Gonnesa	4617	4	Narcao	3039			
5	Iglesias	25093	5	Nuxis	1436			
6	Musei	1507	6	Perdaxius	1306			
7	Villamassargia	3370	7	Piscinas	793			
			8	Portoscuso	4835			
			9	San Giovanni Suergiu	5630			
			10	Santadi	3163			
			11	Sant'Anna Arresi	2612			
			12	Tratalias	1020			
			13	Villaperuccio	995			
	TOTALE	44136		TOTALE	54221		TOTALE	19345

DISTRETTO	POPOLAZIONE	% SUL TOTALE
CARBONIA	54.221	46,07%
IGLESIAS	44.136	37,50%
ISOLE MINORI	19.345	16,44%
Totale Risultato	117.702	100,00%

Come si evince dalle tabelle esplicative la distribuzione della popolazione per Distretto non è omogenea, la percentuale più alta è nel Distretto di Carbonia ove si concentra il 46,07% della

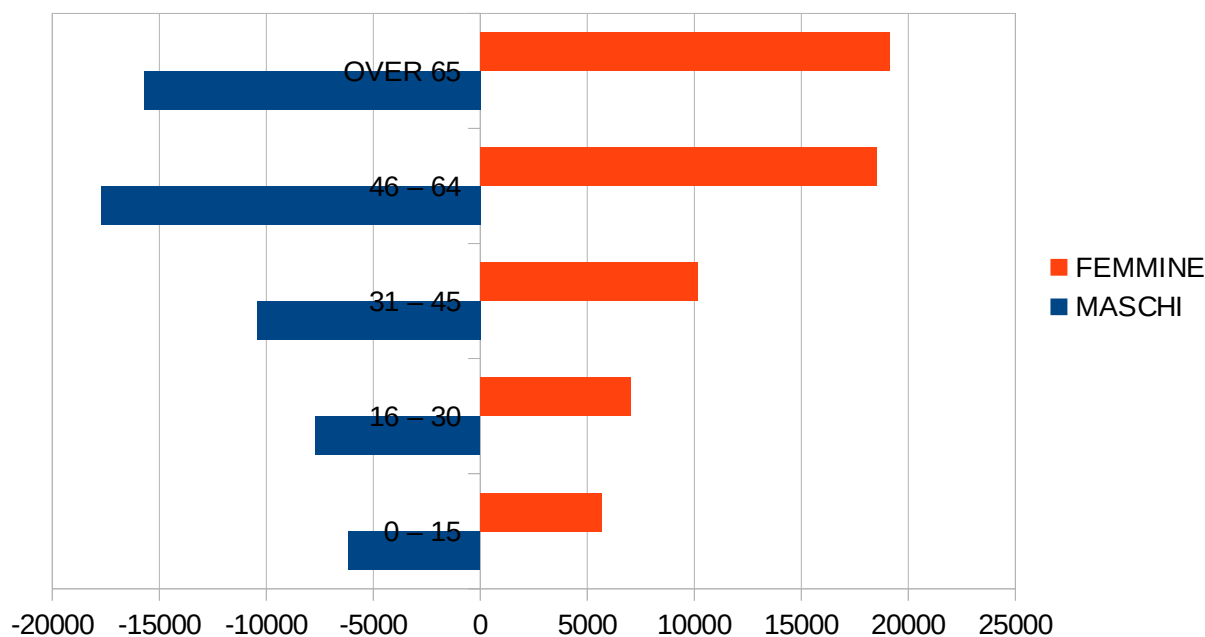
popolazione, seguono il Distretto di Iglesias con una percentuale del 37,50% e la parte residua del 16,44% nel Distretto delle Isole Minori.

DISTRETTO	N. Comuni	Totale maschi	Totale femmine	Totale	%
CARBONIA	13	26488	27733	54221	46,07%
IGLESIAS	7	21569	22567	44136	37,50%
ISOLE	3	9574	9771	19345	16,44%
Totale complessivo	23	57631	60071	117702	100,00%



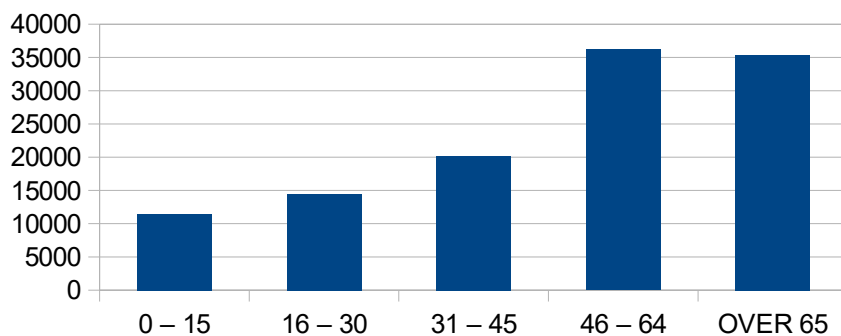
Con riferimento alla composizione per genere nella ASL Sulcis Iglesiente i dati evidenziano che non vi sono particolari differenze nella distribuzione tra maschi e femmine.

PIRAMIDE ETA' RESIDENTI ASL 7 SULCIS



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

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETA'



FASCIA ETA'	TOTALE	%
0 - 15	11470	9,74%
16 - 30	14442	12,27%
31 - 45	20195	17,16%
46 - 64	36207	30,76%
OVER 65	35388	30,07%
TOTALE	117702	100,00%

Le fasce di età maggiormente rappresentative sono quelle dai 46- 64 anni e gli over 65, che costituiscono rispettivamente il 30,76% e il 30,07% della popolazione, mentre la fascia 0-15, con la percentuale più bassa rispetto alla media nazionale e regionale, è pari al 9,74%.

I dati riportati nelle tabelle confermano un notevole invecchiamento della popolazione e una continua tendenza allo spopolamento di questo territorio dovuto a diversi fattori socio economici.

Contesto interno

Il presente documento prende forma in un contesto ancora condizionato dalla attuazione della riforma sanitaria regionale avviata con la L.R. 24/2020 e dalla recente approvazione dell'atto aziendale che sta determinando una graduale riorganizzazione dell'assetto organizzativo.

L'attività svolta dalla ASL Sulcis Iglesiente anche nel corso dell'anno 2023 ha patito un rallentamento di attività di prevenzione o di cura dovute ad una grave carenza di personale medico di molteplici professionalità.

Nel corso del prossimo triennio la Asl Sulcis Iglesiente intende orientare la propria attività verso l'attuazione del nuovo assetto organizzativo e delle linee programmatiche indicate dalla riforma regionale, nonché attivarsi per la realizzazione dei progetti indicati nella Missione 6 del PNRR.

2.5 Amministrazione in cifre.

Si ritiene opportuno precisare che i dati di attività aziendale indicati per l'anno 2023 sono stati elaborati alla data del 30/11/2023.

Tenuto conto che la definizione dei flussi informativi sanitari, oggetto di debito informativo verso la Regione e il Ministero della Salute, contenenti le prestazioni sanitarie erogate sarà disponibile nel mese di febbraio p.v., i valori indicati saranno oggetto di un successivo aggiornamento.

Si indicano di seguito alcuni dati di attività relativi alla :

1. **assistenza ospedaliera** garantita dai Presidi Ospedalieri: Sirai di Carbonia, CTO e S.Barbara di Iglesias;
2. **assistenza territoriale** garantita dai Distretti Socio Sanitari di: Carbonia, Iglesias e Isole San Pietro e Sant'Antioco;

Dati di attività – Assistenza ospedaliera

Di seguito si rappresentano i volumi di attività della rete ospedaliera della ASL Sulcis Iglesiente, anno 2023 aggiornati al mese di novembre.

Tabella 1- Dimissioni in regime ordinario e diurno ripartite per Struttura Erogante(Presidio Ospedaliero) e per Erogatore (Unità Operativa).

Struttura Erogante	Erogatore	Regime Ricovero	Dimessi 2023
			7.098
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	0801 - Cardiologia	1 - Ricovero Ordinario	405
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	0801 - Cardiologia	2 - Day Hospital	83
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	0901 - Chirurgia Generale	1 - Ricovero Ordinario	708
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	0901 - Chirurgia Generale	2 - Day Hospital	128
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	1801 - Ematologia	2 - Day Hospital	37
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	2601 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	720
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	2901 - Nefrologia	2 - Day Hospital	74
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	3201 - Neurologia	1 - Ricovero Ordinario	229
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	3201 - Neurologia	2 - Day Hospital	11
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	3601 - Ortopedia E Traumatologia	1 - Ricovero Ordinario	469
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	3601 - Ortopedia E Traumatologia	2 - Day Hospital	11
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	4001 - Psichiatria	1 - Ricovero Ordinario	445
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	4301 - Urologia	1 - Ricovero Ordinario	284
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	4301 - Urologia	2 - Day Hospital	44
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	4901 - Terapia Intensiva	1 - Ricovero Ordinario	65
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	5001 - Unità Coronarica	1 - Ricovero Ordinario	59
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	6401 - Oncologia	2 - Day Hospital	130
20002900 - P.O.Santa Barbara - (Ig 6801 - Pneumologia		2 - Day Hospital	1
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	0901 - Chirurgia Generale	1 - Ricovero Ordinario	104
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	0901 - Chirurgia Generale	2 - Day Hospital	298
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	2601 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	653
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	2601 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	115
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3101 - Nido	1 - Ricovero Ordinario	124
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3401 - Oculistica	2 - Day Hospital	616
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3601 - Ortopedia E Traumatologia	1 - Ricovero Ordinario	49
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3601 - Ortopedia E Traumatologia	2 - Day Hospital	111
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3701 - Ostetricia E Ginecologia	1 - Ricovero Ordinario	354
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3701 - Ostetricia E Ginecologia	2 - Day Hospital	121
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3801 - Otorinolaringoiatria	1 - Ricovero Ordinario	3
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3801 - Otorinolaringoiatria	2 - Day Hospital	357
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3901 - Pediatria	1 - Ricovero Ordinario	255
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3901 - Pediatria	2 - Day Hospital	29
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	4901 - Terapia Intensiva	1 - Ricovero Ordinario	5

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.

Tabella 2- Indicatori di esito ripartiti per Presidio Ospedaliero

Dati Abaco (novembre 2023)

PTCA entro 2 giorni in STEMI							
ANNO	2022			2023			2023-2022
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONI)	16	32	50,0%	18	24	75,0%	0,5

Parti con taglio cesareo primario							
ANNO	2022			2023			2023-2022
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20003000 - P.O.CTO	33	132	25,0%	23	89	26,0%	0,04

Colecistomie laparoscopiche: degenza post operatoria inferiore ai 3 giorni							
ANNO	2022			2023			2023-2022
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONI)	13	15	87,3%	9	11	81,8%	-0,06
20003000 - P.O.CTO	23	26	88,0%	28	31	90,3%	0,03

I dati rilevati mostrano un andamento dell'attività pressoché invariata nell'anno 2023 rispetto al 2022.

Assistenza Territoriale

L'assistenza distrettuale socio-sanitaria comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.

L'assistenza territoriale nella ASL Sulcis Iglesiente è garantita dai Distretti Socio Sanitari con le funzioni fondamentali di rilevare i bisogni di salute e fornire servizi a gestione diretta e indiretta per soddisfarli.

La Asl Sulcis Iglesiente intende potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio ed opera attraverso una rete capillare di strutture territoriali.

Tabella 3- Strutture territoriali

STRUTTURE TERRITORIALI AMBULATORIALI DISTRETTO IGLESIAS	
STS11	STR_DENOMINAZIONE
160426	POLIAMBULATORIO IGLESIAS
160726	POLIAMBULATORIO FLUMINIMAGGIORE
162026	POLIAMBULATORIO BUGGERRU

STRUTTURE TERRITORIALI AMBULATORIALI DISTRETTO CARBONIA	
STS11	STR_DENOMINAZIONE
170626	POLIAMBULATORIO CARBONIA
170726	POLIAMBULATORIO GIBA
172426	POLIAMBULATORIO DI NARCAO
172526	POLIAMBULATORIO SANTADI
160426	CENTRO PRELIEVI-GONNESA

STRUTTURE TERRITORIALI AMBULATORIALI DISTRETTO ISOLE	
STS11	STR_DENOMINAZIONE
170826	POLIAMBULATORIO SANT'ANTIOCO
170926	POLIAMBULATORIO CARLOFORTE

Tabella 4) Dati di attività

Fonte Abaco (novembre 2023)

Macrostruttura	Struttura	Branca	Prestazioni anno 2023	
A7TCB - DISTRETTO CARBONIA	170626 - Poliambulatorio Carbonia (111009 - Carbonia)	Totale	98.910	
		02 - Cardiologia	1.720	
		03 - Chirurgia Generale	6	
		11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbio	40.112	
		12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazion	15.430	
		15 - Neurologia	437	
		16 - Oculistica	1.065	
		17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	1.158	
		18 - Oncologia	340	
		21 - Otorinolaringoiatria	1.497	
		09 - Endocrinologia	697	
		19 - Ortopedia E Traumatologia	2.005	
		25 - Urologia	131	
		06 - Dermosifilopatia	436	
		01 - Anestesia	180	
		172426 - Poliambulatorio Di Narcao (111044 - Narcao)	11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbio	1.091
		172526 - Poliambulatorio Santadi (111068 - Santadi)	11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbio	1.045
	179003 - Casa Della Salute - Giba (111028 - Giba)	01 - Anestesia	140	
		11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbio	18.436	
		12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazion	9.251	
		16 - Oculistica	416	
		17 - Odontostomatologia -	167	
18 - Oncologia		74		
19 - Ortopedia E Traumatologia		552		
09 - Endocrinologia	200			
SC DIABETOLOGIA TERRITORIALE - CARBONIA	06 - Dermosifilopatia	206		
	06 - Dermosifilopatia	50		
	09 - Endocrinologia	870		
	02 - Cardiologia	811		

Macrostruttura	Struttura	Branca	Prestazioni anno 2023	
A7TIG - DISTRETTO IGLESIAS	160426 - Poliambulatorio Iglesias (111035 - Iglesias)	Totale	99.171	
		02 - Cardiologia	2.513	
		03 - Chirurgia Generale	598	
		06 - Dermosifilopatia	1.219	
		11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbio	25.166	
		13 - Nefrologia	19	
		15 - Neurologia	1.149	
		16 - Oculistica	4.012	
		17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	250	
		18 - Oncologia	38	
		21 - Otorinolaringoiatria	489	
		25 - Urologia	207	
		09 - Endocrinologia	1.150	
		12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione	1.760	
		01 - Anestesia	123	
		160526 - Poliambulatorio Domusnovas (111016 - Domusnovas)	11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbio	33.688
		162026 - Poliambulatorio Buggerru (111006 - Buggerru)	13 - Nefrologia	1.018
		001 - Casa Della Salute - Fluminimaggiore (111021 - Fluminimaggiore)	06 - Dermosifilopatia	877
			08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	119
			11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbio	24.237
	15 - Neurologia		197	
	16 - Oculistica		388	
	20 - Ostetricia E Ginecologia		231	
	19 - Ortopedia E Traumatologia		20	

Macrostruttura	Struttura	Branca	Prestazioni anno 2023
A7TSA - DISTRETTO SOCIO SANITARIO ISOLA SAN PIETRO E SANT ANTIOCO	179001 - Casa Della Salute - Carloforte (111010 - Carloforte)	Totale	73.157
		03 - Chirurgia Generale	232
		11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbio	31.590
		12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione	4.364
		13 - Nefrologia	675
		15 - Neurologia	101
		18 - Oncologia	34
		09 - Endocrinologia	78
		06 - Dermosifilopatia	63
		03 - Chirurgia Generale	38
	179002 - Casa Della Salute - S. Antioco (111071 - Sant'Antioco)	11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbio	33.699
		12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione	229
		15 - Neurologia	314
		16 - Oculistica	711
		17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	364
		18 - Oncologia	35
		19 - Ortopedia E Traumatologia	200
		25 - Urologia	353
		06 - Dermosifilopatia	118

Nell'ambito territoriale della ASL Sulcis Iglesiente sono presenti le seguenti strutture socio assistenziali residenziali e semiresidenziali:

Tabella 5- Strutture residenziali e semiresidenziali (Modello ministeriale STS24)

Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo assistenza residenziale	N° posti
307	161726	STRUTTURA RESIDENZIALE COMUNITA' CASA EMMAUS SAN LORENZO IGLESIAS	S05	45
	162126	R.S.A. ROSA DEL MARGANAI	S09	100
	162126	R.S.A. ROSA DEL MARGANAI	S12	20
	162127	STRUTTURA RESIDENZIALE COMUNITA' PROTETTA ROSA DEL MARGANAI IGLESIAS	S09	15
	162626	STRUTTURA RESIDENZIALE COMUNITA' CASA EMMAUS - ANGELA IGLESIAS	S05	9
	172726	STRUTTURA RESIDENZIALE R.S.A. SANTELIA NUXIS	S09	120
	172726	STRUTTURA RESIDENZIALE R.S.A. SANTELIA NUXIS	S16	20
	173426	COMUNITA' PROTETTA SANTELIA NUXIS	S09	69
	173526	AIAS - STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA COMUNITA' PROTETTA CORTOGHIANA CARBONIA	S05	18
			Somma:	416
Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo assistenza semiresidenziale	N° posti
307	162128	CENTRO DIURNO INTEGRATO ROSA DEL MARGANAI - IGLESIAS	S09	20
	162526	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE LO SPECCHIO AMICO - IGLESIAS	S05	1
	172926	R.S.A. SEMIRESIDENZIALE NUXIS	S09	40
			Somma:	61

3. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

3.1 VALORE PUBBLICO

L'ASL Sulcis Iglesiente concorre a costituire valore pubblico perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema delle autonomie locali e con le altre strutture che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute. La salute psicofisica è infatti ormai comunemente intesa come il risultato di diversi fattori, non solo di mero benessere fisico, ma anche di altra natura. Un'integrazione e un dialogo tra i diversi stakeholder coinvolti risulta dunque necessario e irrinunciabile per il raggiungimento degli obiettivi che la ASL si propone.

Anche la prevenzione della corruzione è produttiva di valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'Azienda. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

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 deve essere definito 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.

Si ritiene opportuno rammentare che, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 24/2020, le funzioni inerenti la trasformazione digitale della Sanità sono affidate ad ARES, che esplicita detta funzione attraverso il Dipartimento per la Sanità Digitale e l'Innovazione Tecnologica.

In applicazione del combinato disposto dell'art. 8 e dell'art. 6 della L.R. 24/2020, ARES, con Delibera n. 332 del 29/12/2023, ha adottato il Piano Regionale triennale di Sanità Digitale 2024-2026.

Detto Piano delinea le strategie della transizione digitale, previste dal Codice dell'Amministrazione Digitale, e ricomprende oltre ad ARES stessa, anche le ASL, le AOU di Cagliari e Sassari, l'ARNAS Brotzu e l'AREUS.

La ASL Sulcis Iglesiente è stata coinvolta nella elaborazione del Piano mediante la nota del Direttore del Dipartimento SaDIT, prot. PG/2023/0071841 del 13/12/2023, con la quale è stata trasmessa la bozza del Piano Regionale triennale di Sanità Digitale 2024-2026 al fine di acquisire eventuali osservazioni e/o commenti, propedeutici alla approvazione definitiva del piano stesso da parte di Ares.

Per la definizione degli obiettivi strategici del Piano è stata eseguita la mappatura di tutti i sistemi informativi attualmente utilizzati nelle Aziende Sanitarie attraverso una approfondita attività di rilevazione (assessment) finalizzata a valutarne l'adeguatezza alle linee di sviluppo strategico.

Stante le funzioni centralizzate di ARES, ai sensi della citata L.R. 24/2020, la ASL Sulcis Iglesiente in ambito ICT svolge una attività di interfaccia per la programmazione, lo sviluppo e l'implementazione dei progetti di Sanità Digitale e telemedicina con il Dipartimento per la Sanità Digitale e l'Innovazione Tecnologica.

Il coinvolgimento della ASL Sulcis Iglesiente nell'ambito della programmazione in materia di Sanità Digitale è garantita dalla partecipazione al Comitato dei Direttori, a cui aderiscono le Direzioni di tutte le ASL, dell'AOU di Sassari, dell'AOU di Cagliari, dell'ARNAS Brotzu, dell'ARES e dell'AREUS.

Il Comitato dei Direttori garantisce l'allineamento tra la programmazione regionale ed aziendale, la continua rivalutazione dei fabbisogni emergenti a supporto della definizione delle linee di indirizzo regionali ed il coordinamento negli interventi attuativi del Piano.

3.1.2 Accessibilità digitale/procedure da semplificare e re-ingegnerizzare

La ASL Sulcis Iglesiente, 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.

Si confermano anche per il 2024 le azioni dirette a favorire l'accessibilità digitale degli utenti:

1. standardizzazione e digitalizzazione della modulistica per tutti i servizi della Asl Sulcis Iglesiente;
2. aggiornamento del nuovo sito internet www.aslsulcisiglesiente.it;
3. 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;
4. capillare dematerializzazione della documentazione sanitaria ed amministrativa;
5. realizzazione di un sistema per la gestione e la programmazione delle attività in materia di prevenzione;
6. diffusione sistemica dei sistemi di telemedicina in accordo con le linee guida nazionali e regionali;
7. 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:

1. **CIE**: carta d'identità elettronica, rilasciata dalle amministrazioni comunali su supporto informatico;
2. **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;
3. **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;

4. **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;
5. **NSO**: sistema di smistamento automatico degli ordini.
6. **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 ASL Sulcis Iglesiente 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;

3.2 PERFORMANCE

L'art. 3, comma 1, lettera b), del Decreto del Ministro per la pubblica Amministrazione 30 giugno 2022, 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, indicando gli obiettivi assegnati a tutte le strutture aziendali.

L'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale con nota prot. n. 1870 del 23/01/2024 ha comunicato gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2024, approvati con D.G.R. n. 2/7 del 18.01.2024.

Nei successivi paragrafi vengono riportati gli obiettivi generali di attività del Direttore Generale anno 2024, i quali verranno declinati, in sede di negoziazione di budget, a ciascuna Struttura aziendale per rispettiva competenza, nonché gli obiettivi che l'ASL Sulcis Iglesiente intende realizzare e/o potenziare nel prossimo triennio, ai fini del raggiungimento del valore pubblico dell'Azienda.

3.2.1 Obiettivi del Direttore Generale anno 2024

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
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

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screening cervicale: tasso di adesione reale \geq 38% in tutte le ASL; screening coloretale: tasso di adesione reale \geq 25% in tutte le ASL; screening mammografico \geq 35% in tutte le ASL

Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. Numero errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.5 /5 2. \leq 5%
Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: - MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo) - Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 1 marzo e 1 settembre)	- SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024 - SEDI Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio ed entro il 15 luglio dell'anno	Rispetto dei termini

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. \geq 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. \geq 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato
Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area	\geq 1 per area
PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	\geq 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)
Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	85%
	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%

Obiettivo	Indicatore	Standard (valore/range di risultato)
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 2024

Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. N. di consulenze effettuate su totale delle richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%
Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	SULCIS ≥ 25%
Garantire l'efficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S.	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti

Obiettivo	Indicatore	Standard (valore/range di risultato)
Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	1. Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024
	2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	2. Rispetto dei termini
	3. Chiusura del bilancio anno 2022 entro il 30.04.2024	3. Rispetto dei termini
	4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	4. Rispetto dei termini

3.2.2 Pianificazione triennale

La ASL Sulcis Iglesiente intende perseguire le seguenti aree strategiche:

1. Sanità Pubblica e Promozione della Salute Umana
2. Area della Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
3. Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni
4. Equilibrio economico – finanziario
5. Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione
6. Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio e migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

Nelle tabelle che seguono vengono schematicamente indicati per ogni singola Area, alcuni obiettivi di performance organizzativa. Si precisa che allo stato attuale non è stata avviata la fase della negoziazione degli obiettivi, pertanto gli stessi saranno ulteriormente dettagliati e contestualizzati successivamente con ciascuna struttura aziendale, in un percorso condiviso con l'assegnazione di obiettivi comuni a più strutture, oltre che con obiettivi specifici per ambito di funzione e attività di ciascuna articolazione organizzativa.

Area strategica 1: Sanità Pubblica e Promozione della Salute Umana

Nell'ambito della ASL Sulcis Iglesiente la struttura che si occupa della prevenzione collettiva e della sanità pubblica è il Dipartimento di Prevenzione.

Al Dipartimento di prevenzione afferiscono le seguenti strutture:

- SC Igiene e Sanità Pubblica
- SC Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL)
- SC Igiene degli alimenti
- SC Prevenzione e promozione della salute
- SC Sanità Animale
- SC Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAPZ)
- SSD Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati.
- SS Salute e ambiente (SC Igiene e sanità pubblica)
- SS Medicina Legale (SC Igiene e Sanità Pubblica)
- SS Medicina dello Sport (SC Prevenzione e promozione della salute)

Area Strategica 1 : SANITÀ PUBBLICA E PROMOZIONE DELLA SALUTE UMANA		Target		
Obiettivi operativi	Indicatori	2024	2025	2026
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	Screening cervice (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale ≥ 38%	tasso di adesione reale ≥ 38%	tasso di adesione reale ≥ 38%
	Screening colorettaie (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale ≥ 25%	tasso di adesione reale ≥ 25%	tasso di adesione reale ≥ 25%
	Screening mammografico (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale ≥ 35%	tasso di adesione reale ≥ 35%	tasso di adesione reale ≥ 35%
Migliorare la copertura vaccinale in età pediatrica	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite b, pertosse, Hib)	≥95%	≥95%	≥95%
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per 1 dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	≥95%	≥95%	≥95%
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	100% degli interventi programmati	100% degli interventi programmati

Area Strategica 2: Area della Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

La sanità pubblica veterinaria garantisce le funzioni di prevenzione collettiva attraverso le attività di tutela della sanità animale, della sicurezza alimentare e dell'igiene zootecnica. Negli ultimi anni si è registrato un notevole incremento dei volumi dell'attività dei servizi afferenti alla sanità veterinaria a causa dei focolai attivi di Blue Tongue, Peste Suina Africana e Tubercolosi Bovina presenti nel territorio, e che necessitano il mantenimento costante di un elevato livello di sorveglianza anche nel prossimo triennio.

Area Strategica 2 : Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare		Target		
Obiettivi operativi	Indicatori	2024	2025	2026
Ottendere i risultati attesi dalla roadmap stilata da Bruxelles	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 % degli obiettivi fissati dall'OEVR.	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100% degli obiettivi fissati dall'OEVR: 1 carcassa al mese per l'ASL Sulcis	mantenimento	mantenimento
	Recupero dei censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema al 31 Marzo	Recuperare il 94% dei censimenti mancanti	mantenimento	mantenimento
Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anno 2024	mantenimento	mantenimento
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%	mantenimento	mantenimento
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	100% del programmato	100% del programmato

Area Strategica 3: Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni.

Come illustrato al paragrafo 2.1, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

Al fine di assicurare a tutti i cittadini che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità, a livello nazionale è stato creato un Sistema Informativo Sanitario (NSIS) che permette di acquisire un patrimonio condiviso di dati, elaborati a livello aziendale, regionale, nazionale.

Detto Sistema Informativo Sanitario si avvale di indicatori individuati per le seguenti macro-aree: per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; per l'assistenza distrettuale; per l'assistenza ospedaliera; indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; indicatore di equità sociale; indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali.

Nella seguente tabella vengono riportati alcuni indicatori utilizzati nella ASL Sulcis Iglesiente per valutare l'erogazione dei LEA per l'assistenza ospedaliera.

Area Strategica 3 :livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni		Target		
Obiettivi operativi	Indicatori	2024	2025	2026
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
Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	85%	miglioramento	miglioramento
	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	miglioramento	miglioramento
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. In via dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.5 /5 2. ≤ 5%	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	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	>=25%	mantenimento	mantenimento
Garantire l'efficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S.	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	miglioramento	miglioramento
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 inappropriata di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inappropriata in DO	<13%	mantenimento	mantenimento
Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. N. di consulenze effettuate su totale delle richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	miglioramento	miglioramento
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti	Potenziamento attività CAS (Centro Accoglienza Servizi) per pazienti oncologici carcinoma mammella	miglioramento	miglioramento	miglioramento
Garantire l'efficacia e la qualità dell'attività clinico - assistenziale (sala operatoria)	Ritardo nello start time chirurgico	< di 45 minuti	mantenimento	mantenimento
	Frequenza quotidiana cancellazione degli interventi elettivi	< del 15%	mantenimento	mantenimento
	Riduzione del Turnover time	< di 25 minuti	mantenimento	mantenimento

Area Strategica 4: Equilibrio Economico – finanziario

Nella tabella seguente vengono riportati gli obiettivi strategici aziendali diretti a garantire la sostenibilità economico-finanziaria con riferimento al raggiungimento del pareggio di bilancio, al raggiungimento del rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018, nonché garantire la riduzione della spesa farmaceutica per acquisti diretti e farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234. Rientrano nell'ambito di detta area strategica gli obiettivi relativi al rispetto delle tempistiche previste per l'approvazione dei documenti di programmazione economica finanziaria e, in particolare, il rispetto delle *milestone* del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.

Area Strategica 4: Equilibrio economico – finanziario		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2024	2025	2026
Efficienza economico – finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	Ricavi = costi	Ricavi = costi
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
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	Sulcis 396.000	miglioramento	miglioramento
Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti	Incrementare le prescrizioni di medicinali con principio attivo generico per i farmaci in cui il brevetto è scaduto	>5%	>5%	>5%
	n. prescrizioni di medicinali fuori gara/n. totale prescrizioni	<5%	<5%	<5%
Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	Sulcis 331.000	miglioramento	miglioramento
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 2024	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2025	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2026
Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione e contabili	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Rispetto dei termini	Rispetto dei termini	Rispetto dei termini

Area Strategica 5: Qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione

Nell'ambito di detta Area Strategica meritano particolare attenzione gli obiettivi "Rischi corruttivi e trasparenza".

Si riporta il concetto espresso più volte dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC): “Al fine di realizzare un’efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è necessario che i Piani Triennali Prevenzione Corruzione Trasparenza (PTPCT) siano coordinati rispetto al contenuto di

tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione".

La ASL Sulcis Iglesiente al fine di garantire una effettiva correlazione tra gli obiettivi di performance organizzativa e gli obiettivi strategici relativi all'anticorruzione e trasparenza, ha per quanto possibile, traslato le azioni e le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi organizzativi.

Considerato che la formazione del personale costituisce un valido strumento di prevenzione della corruzione, in quanto garantisce una maggiore consapevolezza del fenomeno corruttivo e, pertanto, aiuta a contrastarlo e prevenirlo, la ASL Sulcis Iglesiente intende potenziare nel prossimo triennio le azioni di formazione destinate al personale in materia di anticorruzione.

In materia di trasparenza la ASL Sulcis Iglesiente per il 2024 intende migliorare progressivamente il livello di qualità della pubblicazione su tutti gli aspetti richiamati dalla norma, anche attraverso una maggiore collaborazione con tutti i soggetti aziendali coinvolti nel processo.

Area Strategica 5: Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2024	2025	2026
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 della produzione	Chiusura atti operatori entro 30 gg. con inserimento descrizione intervento nella procedura informatica del 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 nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere 2_n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES 3_redazione di una FMEA	1_>= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2_>= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato 3_>=1 per area	mantenimento	mantenimento
PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	mantenimento	mantenimento
Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto		
Obiettivi Rischi Corruttivi e Trasparenza	Attuazione delle misure di gestione del rischio corruttivo di propria competenza di ciascuna struttura aziendale previste nell'Allegato 1 del PTPCT	Trasmissione al Responsabile Aziendale della PTPCT di una relazione illustrativa sul rispetto degli adempimenti previsti nel PTPCT	mantenimento	mantenimento
	Garantire la formazione del personale del comparto assegnato in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza mediante la partecipazione ai progetti formativi erogati da Ares Sardegna(anche in modalità FAD)	50% del personale comparto	miglioramento	miglioramento
	Pubblicazione nella Sezione "Amministrazione Trasparente " della documentazione prevista nell'elenco degli obblighi di cui al D. Lgs. N. 33/2013 e s.m.e.i.	100%	mantenimento	mantenimento

Area Strategica 6: Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio e Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino.

L'Azienda mira a migliorare l'accessibilità ai propri servizi intervenendo su due piani di azione. Da un punto di vista fisico l'Azienda intende "avvicinarsi al cittadino" sviluppando i servizi territoriali, come le Centrali Operative Territoriali (COT) e le Case di comunità, e potenziando gli infermieri di famiglia.

Da un punto di vista digitale, l'Azienda intende ampliare le prestazioni di telemedicina che, grazie all'utilizzo di tecnologie moderne, rendono possibile un ripensamento dell'assistenza territoriale.

Area Strategica 6: Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio e Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2024	2025	2026
Garantire erogazione prestazioni in modalità Televisita	Attivazione modalità televisita U.O. Medicina Generale	attivazione	miglioramento	miglioramento
	Attivazione modalità televisita U.O. Nefrologia	attivazione	miglioramento	miglioramento
	Attivazione modalità televisita U.O. Cardiologia	attivazione	miglioramento	miglioramento
	Attivazione modalità televisita U.O. Pneumologia	attivazione	miglioramento	miglioramento
	Attivazione modalità televisita U.O. Oncologia	attivazione	miglioramento	miglioramento
	Attivazione modalità televisita U.O. Reumatologia	attivazione	miglioramento	miglioramento
	Potenziamento prestazioni eseguite in teleradiologia	miglioramento	miglioramento	miglioramento
	Potenziamento del Sistema della Telemedicina per i pazienti con DMT1	miglioramento	miglioramento	miglioramento
	Potenziamento del Sistema della Telemedicina per i pazienti con prescrizione di Monitoraggio Flash della Glicemia (FGM)	miglioramento	miglioramento	miglioramento
Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale	Garantire l'attuazione della COT Aziendale e della Casa della salute	attivazione	mantenimento	mantenimento
	Implementazione della procedura dimissioni protette con estensione a tutte le UO Ospedaliere	attivazione	mantenimento	mantenimento
	Partecipazione ai progetto integrazione Ospedale/Territorio : Distretti Socio Sanitari	attivazione	mantenimento	mantenimento
	Partecipazione ai progetto integrazione Ospedale/Territorio : U.o. Medicina Generale	attivazione	mantenimento	mantenimento
	Partecipazione ai progetto integrazione Ospedale/Territorio : U.o. Medicina Riabilitativa	attivazione	mantenimento	mantenimento
	Partecipazione ai progetto integrazione Ospedale/Territorio : U.O. Neurologia	attivazione	mantenimento	mantenimento

3.2.3 Sistema di misurazione e valutazione della performance

La ASL Sulcis Iglesiente intende adottare nell'immediato il proprio Regolamento per " Il Sistema di misurazione e valutazione della performance", al fine di adeguarlo alle nuove indicazioni operative dettate dal Ministro della Pubblica Amministrazione con la Direttiva del 28 novembre 2023.

Nelle more di detta adozione, ai fini della misurazione e valutazione performance anno 2023 verrà applicato il Regolamento "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. 2)

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

3.2.4 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 Iglesiente ha adottato con Delibera del Direttore Generale n. 686 del 15/11/2023 il Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale 2024-2026.

Si evidenzia, altresì, che detto documento di programmazione sarà oggetto di ulteriore elaborazione in quanto allo stato attuale l'Assessorato della Sanità non ha comunicato l'adeguamento degli stanziamenti provvisori per gli anni 2024,2025,2026.

Si allega il Mod. CE relativo all'anno 2024 adottato con Delibera D.G. n. 386 del 15/11/2023 con riserva di inserire successivamente il modello definitivo che verrà approvato dall'Assessorato della Sanità.(Allegato n. 3)

3.3 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Considerazioni introduttive

La Legge regionale n. 24 del 11/09/2020 *“Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore”* ha statuito un profondo e complesso processo di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, prevedendo la restituzione alle 8 ASL della personalità giuridica di diritto pubblico con autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile (art 9 L.R. 24/2020) e la sostituzione di ARES in vece dell'ATS.

La Legge regionale di riforma viene avviata solo il 01/01/2022 con la costituzione della ASL Sulcis (Delibera Giunta Regionale n. 46730 del 25/11/2021) mentre il suo Atto Aziendale, col quale si

disciplina organizzazione e funzioni del neocostituito Soggetto pubblico, viene formalmente adottato con la Delibera del Direttore Generale della ASL Sulcis n. 213 del 16/05/2023.

Da questa primavera si susseguono provvedimenti attuativi dell'organizzazione stabilita dall'Atto Aziendale, ma è evidente anche solo dai riferimenti cronologici evidenziati, che l'Azienda Asl Sulcis Iglesiente sia ancora in piena fase organizzativa.

Questo ampio e complesso processo interno di riorganizzazione aziendale avviene in un contesto esterno di forti cambiamenti e riforme legislative connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso in Europa.

Tra le novità normative di forte impatto con l'impianto organizzativo delle Pubbliche Amministrazioni è senz'altro il nuovo Codice dei Contratti introdotto con D.lgs 36/2023 in vigore dal 1°luglio, che ha nuovi e forti impatti sulle misure anticorruptive e sugli obblighi di trasparenza che sono stati in parte mappati nell'Allegato. 1 (Mappatura dei processi) e nell'Allegato 2 (Tabella sui rischi corruttivi e misure anticorruzione)

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.

L'aggiornamento del PTPCT viene incluso come sottosezione del PIAO e predisposto 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”.

3.3.1 I protagonisti della prevenzione della corruzione

E' utile riportare l'elenco dei soggetti protagonisti del sistema dell'anticorruzione e trasparenza aziendale, con indicazione dei vari compiti estratti dalla normativa e dalle delibere ANAC.

1. La Direzione aziendale

La Direzione aziendale è la prima protagonista della attività di prevenzione della corruzione, assicura il suo fondamentale sostegno all'azione del Responsabile della prevenzione della corruzione, e in particolare:

- designa e supporta il R.P.C.T;
- adotta il PIAO ed i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento

l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, regolamenti per le sponsorizzazioni, atti di organizzazione dell'attività libero professionale etc.);

- garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento a quelli organizzativi.

2. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Svolge nello specifico le seguenti attività e funzioni:

- elabora l'apposita sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione relativa alla prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dalla Direzione aziendale entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione al Servizio Programmazione e Controllo per gli adempimenti di pubblicazione sul sito aziendale e di informativa al Dipartimento della Funzione Pubblica;
- definisce appropriate procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'attuazione del piano e propone le dovute modifiche dello stesso laddove siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, sull'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività negli ambiti in cui è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- redige e pubblica sul sito web dell'Amministrazione, quest'anno entro il 31 gennaio, la relazione recante i risultati dell'attività svolta e cura la trasmissione della stessa alla Direzione Generale dell'Amministrazione e all'OIV.

La suddetta relazione si basa anche sui rendiconti ricevuti dai dirigenti relativamente alle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano stesso. Tale relazione viene trasmessa contestualmente per le attività di valutazione dei medesimi dirigenti. Tenuto conto del delicato compito organizzativo e di raccordo, svolto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, l'Azienda si impegna ad assicurare allo stesso Responsabile un appropriato supporto attraverso l'assegnazione di adeguate, risorse professionali, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

3. I Dirigenti, i Direttori di dipartimento/servizio e uu.oo e tutti i Responsabili di ufficio

Nel sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza, i dirigenti svolgono le seguenti funzioni:

- attività informativa nei confronti del RPCT, nel rispetto delle tempistiche assegnate, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione,
- implementazione e monitoraggio delle misure adottate nel PIAO;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali di competenza, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la

sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);

- osservano le misure contenute nella sezione prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012).

4. Organismo Indipendente di Valutazione e altri organi di controllo interno

Nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza gli organismi di controllo interno, l'O.I.V. ed il Collegio Sindacale, svolgono i seguenti compiti:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione con riferimento alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);
- propongono annualmente eventuali modifiche e miglioramenti del PIAO e in particolare della sezione per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

5. Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Azienda con delibera n. 297 del 23/06/2023 ha istituito l'Ufficio provvedimenti Disciplinare in adempimento dell'art. 55 del D.Lgs n. 165/2001 il quale prevede che ciascuna amministrazione, secondo il proprio ordinamento e nell'ambito della propria organizzazione, individua l'ufficio per i procedimenti disciplinari competente per le infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale e ne attribuisce titolarità e responsabilità.

L'UPD aziendale ha competenza per:

- i procedimenti disciplinari di cui all'art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001;
- le comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- l'aggiornamento del Codice di comportamento e relazionare semestralmente al Responsabile Anticorruzione sulla attività del proprio Ufficio.

6. Il Responsabile della formazione

Il Piano Nazionale Anticorruzione attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio. Peraltro la Formazione è ancora gestita da ARES con difficoltà ad attuare nei tempi e con le modalità necessarie i percorsi formativi necessari per la ASL. Si rende pertanto opportuno individuare specifiche procedure operative per definire e sviluppare rapporti di collaborazione col RPCT con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- collegamento tra la formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e il programma annuale della formazione;
- i criteri per individuare i soggetti che erogano la formazione e i contingenti di personale da formare;
- i contenuti, i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

7. Il personale dipendente e i collaboratori dell'azienda

Prevenire la corruzione è un'azione collettiva che passa sicuramente attraverso l'impegno e la responsabilità di tutti i protagonisti che sin qui sono stati indicati, ma è in primo luogo un'azione sinergica di tutti coloro che operano a qualsiasi titolo nell'Azienda. Moltissimi dipendenti e collaboratori svolgono infatti la propria attività a contatto con il pubblico, contribuendo a costruire l'immagine dell'Azienda sia in termini positivi che negativi. Appare evidente, pertanto, che la consapevolezza di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati devono assumere per tutti i dipendenti e per i collaboratori un'estrema importanza. Ciascun dipendente/collaboratore è tenuto quindi:

- a partecipare al processo di gestione del rischio;
- ad osservare le misure contenute nel PIAO Sez. PPCT.;
- a segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al RPCT o all'U.P.D. (art.54 bis del D.lgs. 165/01), ovvero per il tramite della piattaforma aziendale Whistleblower;
- a segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- a segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- a tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

8. Il Responsabile dell'anagrafe della stazione appaltante (rasa) e soggetto gestore per l'antiriciclaggio.

Al mantenimento del sistema di prevenzione dell'anticorruzione e della trasparenza, partecipa anche la figura del responsabile dell'anagrafe stazione appaltante e soggetto gestore antiriciclaggio (RASA).

L'individuazione e la nomina di tale figura responsabile è stata operata con Deliberazione del Direttore Generale n. 05 del 26/01/2022. In riferimento alle indicazioni dell'ANAC (comunicato del 28 ottobre 2013) Il RASA è incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa. Tale figura inoltre è individuata nella presente sezione del PIAO come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione e ad essa spetta l'obbligo informativo di implementazione la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC con i dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo. Tali adempimenti sussistono fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

3.3.2 Valutazione del livello di esposizione al rischio di corruzione delle articolazioni

aziendali- Individuazione della attività rischio

Premesso che, ad oggi, non sono intervenuti fatti corruttivi nel triennio di vigenza del PIAO 2022-2024 Sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza, nella seguente sottosezione sono riportati - in coerenza e continuità con quanto già indicato nel vigente PIAO in tema di valutazione delle aree a rischio - le rilevazioni sintetiche delle attività in essere da parte della costituita Azienda e la mappatura del rischio di corruzione in relazione all'esistente. Tuttavia, in considerazione del fatto che l'organizzazione aziendale è ancora in fase di implementazione, potrebbe rendersi opportuno, procedere gradualmente ad una revisione ed integrazione della mappatura dei processi e dell'analisi e valutazione delle aree di rischio alla luce dell'definizione dell'articolazione aziendale che via via si andrà a delineare.

La metodologia e gli indicatori utilizzati per la misurazione del rischio 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 corruttivo, si è previsto un controllo più frequente di quello previsto inizialmente.

Per quanto sopra specificato nell'ambito dell'assistenza sanitaria ospedaliera, ad esempio, si è prestata particolare attenzione alla gestione del rischio corruttivo legato al decesso del paziente in ambito ospedaliero col prevedere, oltre che degli investimenti per un miglioramento strutturale della Camera mortuaria del Presidio Ospedaliero del CTO, anche un'attività di monitoraggio trimestrale atta a rilevare la percentuale di accessi delle diverse agenzie funebri locali con anche riunioni del personale necroforo indirizzate alla verifica dei rapporti con le agenzie funebri.

3.3.3 Trattamento del Rischio : Misure generali e Misure speciali anticorruzione

In questi primi due anni di vigenza del PTPCT 2022-2024 il monitoraggio annuale sull'attuazione delle misure di anticorruzione rileva una loro attuazione e controllo, oltre che l'arricchimento di nuove misure speciali come meglio specificato nella tabella "Rischi e misure di prevenzione della corruzione" di cui all' Allegato 2 del presente Piano. Alcune delle misure individuate potranno essere attuate o monitorate con maggiore frequenza a seconda di quanto le difficoltà organizzative in corso e la perdurante carenza di personale lo consentano

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

- Il Codice di Comportamento;
- La gestione del conflitto di interessi;
- La rotazione del personale;

- Incompatibilità e inconfiribilità di incarichi;
- Il divieto di patouflage;
- Il patto di integrità negli affidamenti;
- La Formazione dei dipendenti;
- Whistleblowing - La Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti ;
- Trasparenza e pubblicazione degli atti;

Il Codice di Comportamento

Nelle more di una imminente adozione di un Codice di Comportamento aziendale, a tutt'oggi viene applicato il Codice di Comportamento adottato con D.P.R. del 16 aprile 2013.

Il Codice di Comportamento Aziendale disciplinerà 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.

Il conflitto di interesse

Il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 16 aprile 2013 norma la fattispecie del conflitto di interesse stabilendo che il dipendente si deve astenere dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni quando si trovi in una situazione 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

dependente ed i soggetti interessati da 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*.

Il conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici

Il nuovo Codice dei contratti entrato in vigore a luglio 2023 con il D.lgs 36 /2023 amplia per l'ambito oggettivo di applicazione la fattispecie di conflitto di interesse . Viene infatti specificato nell'art 16 della norma che il conflitto di interessi può riguardare qualsiasi soggetto, quindi anche chi non sia un lavoratore dipendente della stazione appaltante, che interviene nella procedura di aggiudicazione e di esecuzione con compiti funzionali e che, pertanto, può influenzarne il risultato. La nuova disposizione allarga quindi il campo del conflitto di interessi al soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare gli esiti e la gestione.

L'Anac ha ribadito che “Affinché possa dirsi esistente il rischio di un conflitto d'interessi è sufficiente il carattere anche solo potenziale della asimmetria informativa di cui abbia potuto godere un concorrente grazie all'acquisizione di elementi ignoti agli altri partecipanti per il tramite di un soggetto in rapporto diretto con la stazione appaltante, così come anche solo potenziale può considerarsi il conseguente indebito vantaggio competitivo conseguito, in violazione dei principi di imparzialità, buon andamento e par condicio”.

L'adattamento di idonee misure anticorruptive adeguate al nuovo e complesso quadro normativo relativo ai contratti pubblici per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli

appalti e delle concessioni, ha bisogno ancora di studio e di regolamentazione a livello aziendale della normativa. Peraltro è in fase di adozione una regolamentazione aziendale per i controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà nell'ambito degli affidamenti diretti di importo inferiore a € 40.000,00 di cui all'art. 50, comma 1, lett. a) e b) del d.lgs n° 36/2023

Le stesse Linee guida dell'ANAC per la individuazione delle misure anticorruptive e degli obblighi di trasparenza sono contenute nella Delibera n. 605 del 19/dicembre 2023, che dato il tempo ristretto intercorrente col termine finale per l'aggiornamento del PTPCT, fissato per il prossimo 31 gennaio 2024, sono ancora in fase di studio.

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 neoincaricato 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 ordinaria del personale dirigenziale

La rotazione dei dirigenti, in attuazione dei principi generali sopra declinati, si realizza per le aree per le quali, a discrezione della Direzione strategica e a seguito di una mappatura degli incarichi/funzioni apicali, compatibilmente con l’organico e con l’esigenza di assicurare continuità dell’azione amministrativa e coerenza di indirizzo delle strutture, si prevede la possibilità di favorire lo sviluppo di nuove competenze anche - ma non soltanto - nelle aree alle quali afferiscono i processi a rischio individuati nel PIAO-SEZ-PCT, prevedendo l’alternanza fra i responsabili di Unità Operative Complesse, fra i Responsabili di Unità Operative Semplici, dei Responsabili di procedimento nonché dei Componenti delle commissioni di gara e di concorso. La rotazione dei dirigenti per quanto riguarda le UOC avverrà a livello intra dipartimentale in modo da evitare potenziali criticità riconducibili allo svolgimento di attività troppo distanti o scarsamente affini rispetto a quelle precedentemente svolte e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio. I dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all’assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, dopo l’assunzione formale del nuovo incarico, dell’attiva collaborazione e dell’accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l’interscambio all’interno dello stesso Dipartimento. Per quanto concerne, nello specifico, la rotazione del personale in ambito veterinario, considerato che l’attività di vigilanza e controllo è svolta di norma da Dirigenti Veterinari che operano a volte singolarmente e non in coppia, ai fini del miglioramento della trasparenza e della prevenzione dell’insorgenza di conflitti d’interesse nell’esecuzione dei controlli, allo scopo di garantire il rispetto delle norme per la prevenzione della corruzione, ad esclusione di situazioni caratterizzate da comprovati disagi organizzativi, il criterio per la rotazione del personale è stato definito a suo tempo e rimane in vigore quanto stabilito nel Piano rotazione allegato al PTPCT ATS Sardegna 2018/2019 come previsto dalla Delibera ATS n.998/2021.

Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale

Il principio della rotazione si applica con gradualità anche al personale non dirigenziale, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, avendo cura di evitare discontinuità e rallentamenti nell’attività conseguenti a possibili interferenze con la rotazione del personale dirigenziale. La rotazione si attua compatibilmente con le esigenze organizzative, le risorse disponibili e le attitudini specifiche richieste, seguendo una programmazione che tiene conto dell’esigenza di salvaguardare il buon andamento e la continuità dell’azione, al fine di assicurare il

conseguimento degli obiettivi definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e negli atti di competenza propria dell'Azienda. La rotazione del personale è attuata e monitorata dal Direttore Responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente

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.

Tempistica ed immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria

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.

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

Rapporto tra rotazione straordinaria e trasferimento d'ufficio in caso di rinvio a giudizio

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

Incompatibilità/Inconferibilità incarichi

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 detta la normativa per i casi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni in attuazione della Legge 190/2012..

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).

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 una 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.

L'osservanza delle disposizioni sul corretto svolgimento di incarichi di ufficio e di attività extraistituzionali è soggetta alle verifiche effettuate anche a campione e/o mirate sui dipendenti da parte del Responsabile competente secondo la procedura disposta dal Regolamento dell'ex ATS

Sardegna, approvato con deliberazione n. 1002 del 29/08/2018. Gli esiti delle verifiche circa le eventuali difformità rilevate sono trasmessi tempestivamente al Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente, ovvero all'Ufficio Procedimenti Disciplinari affinché siano attivate le conseguenti procedure disciplinari di competenza. L'attività di verifica deve essere inoltre trasmessa, con la periodicità prevista, al RPCT per i riscontri sui monitoraggi delle misure di prevenzione della corruzione.

- 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 ANACAG/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, Il Servizio Risorse Umane dell'Azienda consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa, 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.

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".

Formazione dei dipendenti

Al fine di garantire una diffusione capillare delle informazioni inerenti la normativa anticorruzione

e i relativi provvedimenti che l'azienda adotta nel proprio ambito di competenza e mantenere comunque elevato il livello di conoscenza di tali tematiche tra i propri dipendenti, nonché favorire la condivisione di comportamenti organizzativi virtuosi, improntati al rispetto dei valori etici e di legalità, l'Azienda, in ottemperanza a quanto stabilito dalla norma, attua un programma di interventi formativi, da realizzarsi entro il 30 novembre di ogni anno.

Le attività formative sono gestite dal Servizio Formazione ARES con le conseguenti difficoltà a gestire la formazione su due livelli:

- il primo prevede la realizzazione di eventi formativi destinati a tutti i dipendenti e collaboratori dell'azienda 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 con una attiva partecipazione dei Responsabili delle strutture processo nel processo informazione/ formazione;
- 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.

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.

I temi oggetto degli eventi formativi di tipo generale e rivolti a tutti i dipendenti sono:

- Principi e valori Etici in Sanità Pubblica con approfondimenti specifici per i diversi ambiti professionali;
- L'analisi del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e il codice disciplinare;

I temi oggetto della formazione specifica, rivolta a categorie specifiche di dipendenti, riguardano:

- Approfondimenti sulla normativa relativa al conflitto di interessi;
- Analisi degli obblighi di pubblicità e trasparenza per le stazioni appaltanti (D. Lgs.33/2013);
- Approfondimenti sulla Responsabilità Amministrativa;
- Integrazione e approfondimento della mappatura del rischio di tutte le strutture aziendali e individuazione delle azioni da adottare, anche con l'esame di casi pratici e organizzazione di appositi focus group.

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 discriminatori 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 denunciatori 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 Karanoa s.r.l. convenzionata con la Asl Sulcis Iglesiente 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 predisponde e pubblica nella sezione amministrazione dedicata sul sito web aziendale generalmente entro il 15 dicembre per questo anno slittata al 31 gennaio

Programma per la trasparenza e l'accesso agli atti

In attuazione 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) nel PIAO 2023-2025 viene compresa la presente sezione anticorruzione, nei cui allegati sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

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.

Allegati alla Sottosezione di programmazione Anticorruzione e Trasparenza

03 - Tabella obblighi di pubblicazione

4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

4.1 Struttura organizzativa

Come illustrato in premessa, l'Atto Aziendale della ASL n. 7 del Sulcis Iglesiente è stato adottato con Delibera n 213 del 16.05.2023, a cui è seguito l'avvio del processo di attuazione del nuovo assetto organizzativo, con la Delibera D.G. n. 418 del 27.07.2023.

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:

1. il Direttore Generale
2. il Collegio Sindacale
3. il Collegio di Direzione

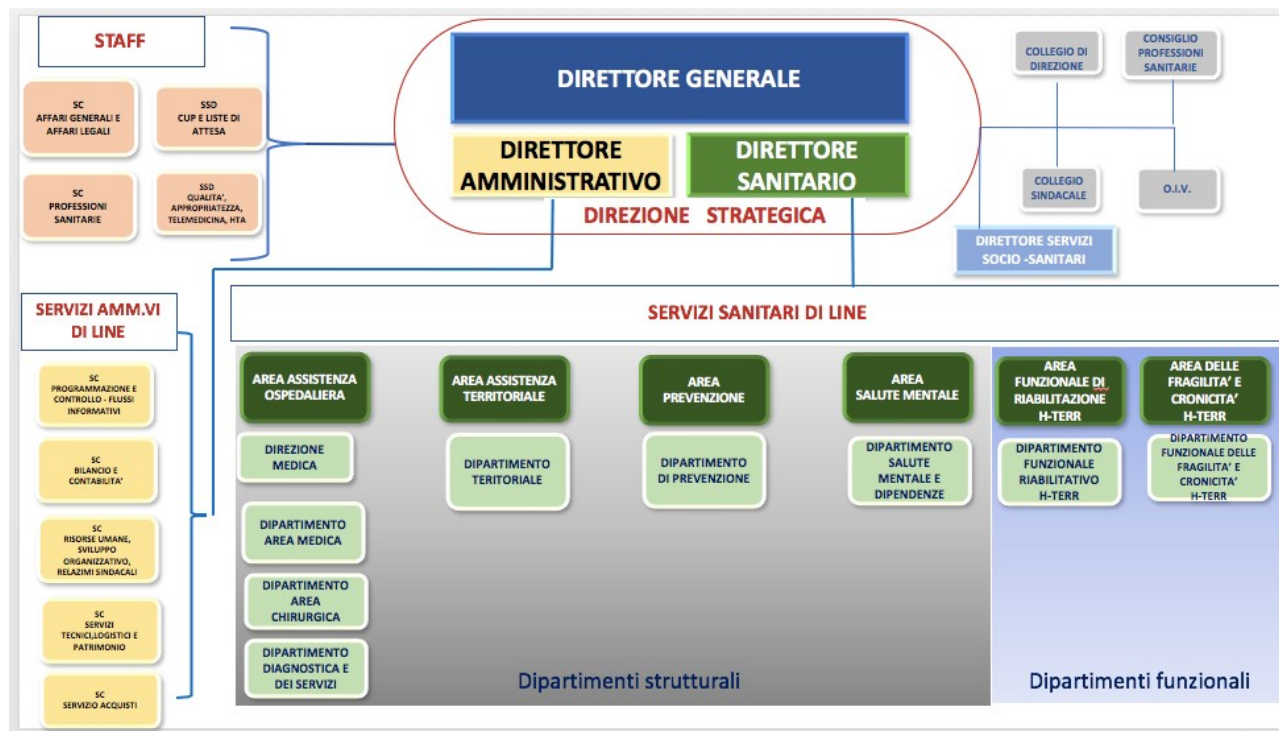
Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

L'incarico del Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente è stato formalizzato con Delibera n. 1 del 10/01/2022, mentre le nomine del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sono state formalizzate rispettivamente con Deliberazione n. 298 e n. 299 del 02/11/2022.

Con Deliberazione n. 226 del 15/09/2022 la Asl Sulcis Iglesiente 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 Iglesiente con Delibera DG n. 306 del 07/11/2022.

Di seguito si riporta il modello organizzativo rappresentato nell'Atto Aziendale e che allo stato attuale è in fase di progressiva attuazione.



4.2 Organizzazione del lavoro agile

Nell'ambito della Sezione relativa all'Organizzazione e capitale umano si inserisce la sottosezione del "Lavoro Agile".

Il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) definisce le modalità di introduzione e gestione dello smart working all'interno delle amministrazioni pubbliche.

Si da atto che, la ASL Sulcis Iglesiente ha adottato il Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile , che costituisce documento integrante e sostanziale del presente piano.(Allegato n.3)

Il lavoro agile persegue i seguenti obiettivi:

- promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro diretta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei dipendenti;
- aumento della produttività e qualità del lavoro;
- riduzione delle assenze dal servizio;
- al fine di accrescere il benessere organizzativo, favorire il giusto equilibrio tra lavoro e la vita privata;
- acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza;
- maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi aziendali e personali, maggiore flessibilità nell'organizzare le attività lavorative;

- diffusione di una cultura organizzativa basata sulla collaborazione finalizzata al raggiungimento dei risultati;
- promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- impulso alla diffusione e utilizzo delle tecnologie digitali;
- realizzare economie di gestione attraverso l'impiego flessibile delle risorse umane e la razionalizzazione degli spazi e delle risorse strumentali;
- garantire la non discriminazione e le pari opportunità tra uomo e donna nell'accesso al lavoro agile;
- digitalizzazione dei processi chiave e dematerializzazione documentale estesa.

L'accesso al lavoro agile è subordinato alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente interessato e il Direttore/Responsabile. Gli elementi essenziali dell'accordo individuale sono dettagliati all'art. 5 del Regolamento aziendale allegato.

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile in ambito aziendale, la ASL Sulcis Iglesiente intende garantire un'attività di informazione e di formazione per il personale che usufruirà di tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

4.3 Piano triennale del fabbisogno del personale

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è aggiornato e adottato annualmente, in coerenza con l'organizzazione degli uffici e dei servizi e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

La ASL Sulcis Iglesiente ha adottato il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale anno 2024 con Delibera D.G. n. 686 del 15/11/2023, contestualmente all'adozione del Bilancio Economico di Previsione 2024-2026, di cui il PTFP costituisce documento integrante e sostanziale, e che sarà oggetto di successivo aggiornamento a seguito delle ulteriori indicazioni regionali. (Allegato n. 4)

Il Piano del fabbisogno del personale è stato elaborato seguendo le indicazioni operative e gli schemi approvati dalla Giunta Regionale attraverso la deliberazione n. 46/42 del 22.11.2019, nonché gli indirizzi, per la predisposizione dei Piani Triennali di Fabbisogno di personale per il triennio 2024-2026, forniti dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale con nota prot. 25655 del 10/10/2023.

Nel Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2024-2026 è stata adeguata la nuova denominazione dei profili professionali contenuta nel CCNL Comparto Sanità 2019-2021, il quale li divide in Aree: Area del personale di supporto, Area degli operatori, Area degli assistenti, Area dei professionisti della salute e dei funzionari, Area del personale di elevata qualificazione.

Per l'anno 2024 nel procedere alla quantificazione del fabbisogno di personale si è tenuto conto sia

dell'articolazione organizzativa attuale, sia della pianificazione prevista dal nuovo Atto Aziendale, nonché dell'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.

La ASL Sulcis Iglesiente presenta una costante criticità legata alla carenza di personale che si riflette sulle principali linee di produzione aziendale.

Si ritiene opportuno evidenziare che a seguito della riforma sanitaria regionale avviata con la L.R. 24/2020 la ASL Sulcis Iglesiente non è autonoma nell'attuare il reclutamento del personale ma è tenuta a concordare le modalità con ARES Sardegna.

L'attuale sistema di reclutamento prevede:

- procedure concorsuali in capo ad all'Azienda Regionale della Salute (ARES),
- procedure di mobilità interaziendali, in capo alle ASL su delega di ARES;
- procedure di stabilizzazioni, in capo alle ASL su delega di ARES.

Per quanto riguarda la stima del fabbisogno complessivo del personale per il prossimo triennio si è proceduto con l'obiettivo di migliorare nel territorio della ASL Sulcis Iglesiente l'integrazione ospedale-territorio, di sviluppare la medicina di prossimità ed implementare nuovi modelli organizzativi assistenziali per la presa in carico proattiva delle cronicità e delle fragilità.

4.4 Formazione del personale

La formazione e l'aggiornamento delle competenze rappresentano per l'Azienda uno strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo, strumenti ideali per motivare e valorizzare le varie professionalità.

Ai sensi della Legge Regionale 24/2020, il Piano Formativo Aziendale 2024 è stato adottato da ARES Sardegna con Delibera D.G. n. 327 del 29/12/2023, che si allega al presente documento. (Allegato n. 5)

Le proposte formative per l'anno 2024 della ASL Sulcis Iglesiente sono indicate nell'allegato A, pagina 11, del Piano citato.(Allegato n. 5A)

Come previsto dalla Legge regionale citata, ARES svolge in maniera centralizzata le funzioni di supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale e le procedure di accreditamento ECM e rappresenta il Provider unico per tutte le Aziende del SSR per i progetti formativi previsti nell'ambito del PNRR.

Si evidenzia che il fabbisogno formativo per il 2024 è stato definito attraverso le seguenti fasi:

- ARES Sardegna, in qualità di Provider, con nota PG n. 57862 del 22/09/2023 ha avviato un confronto con la Direzione della ASL Sulcis Iglesiente per la rilevazione dei bisogni formativi per l'anno 2024;
- i Direttori delle Strutture della ASL Sulcis Iglesiente hanno presentato le proposte di progetto formativo alla Direzione aziendale 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 2024;

5. MONITORAGGIO

Monitoraggio sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo piano 2024 – 2026 e che saranno 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.

Monitoraggio del Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

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.

Monitoraggio 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.

Allegati:

- 1) Regolamento “ Regolamento “Sistema di misurazione e valutazione della performance ATS Sardegna ATS Sardegna” Deliberazione n. 221 del 7/4/2020
- 2) Mod. CE relativo all'anno 2024 adottato con Delibera D.G. n. 386 del 15/11/2023
- 3) Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza Anno 2024
 - 3 a) Area e Misure a rischio generale e specifico PTPCT
 - 3 b) Obblighi di Pubblicazione PTPCT
- 4) Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile
- 5) Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2024-26
- 6) Piano Annuale della Formazione (PAF) del Provider ARES 2024;
- 6A) Allegato A del PAF del Provider ARES 2024;