



Piano Integrato
di Attività e Organizzazione (PIAO)
2025-2027

INDICE

- 1. PREMESSA**
- 2. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE**
 - 2.1 Chi siamo
 - 2.2 Cosa facciamo
 - 2.3 Come Operiamo
 - 2.4 Il territorio e la popolazione
 - 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
 - 3.1.3 Azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica, e digitale da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità
 - 3.2 PERFORMANCE**
 - 3.2.1 Pianificazione triennale
 - 3.2.2 Sistema di misurazione e valutazione della performance
 - 3.2.3 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
 - 3.3 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**
 - 3.3.1. Il processo di elaborazione del PTPCT: soggetti interni, ruoli e responsabilità.
 - 3.3.2 Gli attori del processo
 - 3.3.3 Mappatura dei processi - aree di rischio
 - 3.3.4 Valutazione del livello di esposizione al rischio di corruzione delle articolazioni aziendali- Individuazione della attività rischio.
 - 3.3.5 Trattamento del Rischio- Le misure obbligatorie generali di anticorruzione
 - 3.3.6. Monitoraggio sull'attuazione del PTPCT
- 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 del 9 giugno 2021 n. 80, convertito dalla Legge del 6 agosto 2021 n. 113, prevede all'art. 6 che le pubbliche amministrazioni, di cui all'articolo 1, comma 2, del Decreto Lgs. 30.3.2001 n. 165, con più di cinquanta dipendenti, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del D. Lgs. 27.10.2009, n. 150 e della Legge 6.11.2012, n. 190.

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 triennale del fabbisogno del personale;
- il Piano della Performance;
- il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA),
- la Programmazione dei fabbisogni formativi.

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. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

2.1 Chi siamo

La ASL Sulcis Iglesiente nasce a seguito della ridefinizione dell'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale per effetto 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'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.

L'ambito territoriale della ASL 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). La densità di popolazione è pari a 78 ab. per km².

La popolazione indicata dall'Istat a gennaio 2024 è di 116.755 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 0,8% (circa -947 abitanti) rispetto all'anno precedente (Istat a gennaio 2023 n. 117.702) . Tale popolazione risulta suddivisa tra n. 59.618 femmine e n. 57.137 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.aslsulcis.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".

In data 25 novembre 2024 è stato adottato dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il "Decreto Tariffe" che aggiorna il Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e quello dell'assistenza protesica.

Il "Decreto Tariffe" assicura un ulteriore ampliamento del diritto alla tutela della salute dei cittadini inserendo nuove importanti prestazioni all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

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:

- Eguaglianza: ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- Partecipazione: l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- Rispetto della dignità umana e della privacy;
- Equità e Imparzialità vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- Centralità della persona: il cittadino è una persona con una sua specificità biologica, psicologica e sociale alla quale occorre garantire risposte basate su una valutazione multidimensionale e personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico-sociale;
- Umanizzazione: le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona,

soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico;

- Diritto di scelta: il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare;
- Efficacia ed efficienza sanitaria: i servizi sanitari devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido e l'economicità nell'impiego delle risorse;
- Continuità: Il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo continuativo;
- Trasparenza: i cittadini e le loro associazioni hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane in maniera ottimale nel rispetto del bene pubblico;
- Appropriatezza: intesa come insieme di strumenti, tempi, azioni poste in essere da professionisti competenti, supportate da evidenze scientifiche in termini di efficacia delle cure e delle procedure organizzative adottate;
- Sicurezza dei prodotti, processi e ambienti di lavoro: intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi.

2.4 Il territorio e la popolazione.

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 al 01/01/2024.

DISTRETTO DI IGLESIAS				DISTRETTO DI CARBONIA				DISTRETTO DELLE ISOLE			
	maschi	femmine	totale		maschi	femmine	totale		maschi	femmine	totale
Buggerru	529	498	1027	Carbonia	12.427	13.563	25.990	Sant'Antioco	5.182	5.388	10.570
Domusnovas	2.856	2.952	5.808	Giba	933	976	1.909	Calasetta	1.407	1.401	2.808
Fluminimaggiore	1.274	1.338	2.612	Masainas	574	627	1.201	Carloforte	2.922	2.977	5.899
Gonnesa	2.280	2.273	4.553	Narcao	1.542	1.490	3.032				
Iglesias	12.015	12.888	24.903	Nuxis	685	736	1.421				
Musei	771	728	1.499	Perdaxius	653	645	1.298				
Villamassargia	1.673	1.661	3.334	Piscinas	371	401	772				
				Portoscuso	2.374	2.418	4.792				
				San Giovanni Suergiu	2.809	2.792	5.601				
				Santadi	1.521	1.583	3.104				
				Sant'Anna Arresi	1.345	1.292	2.637				
				Tratalias	507	480	987				
				Villaperuccio	487	511	998				
TOTALE	21.398	22.338	43.736	TOTALE	26.228	27.514	53.742	TOTALE	9.511	9.766	19.277

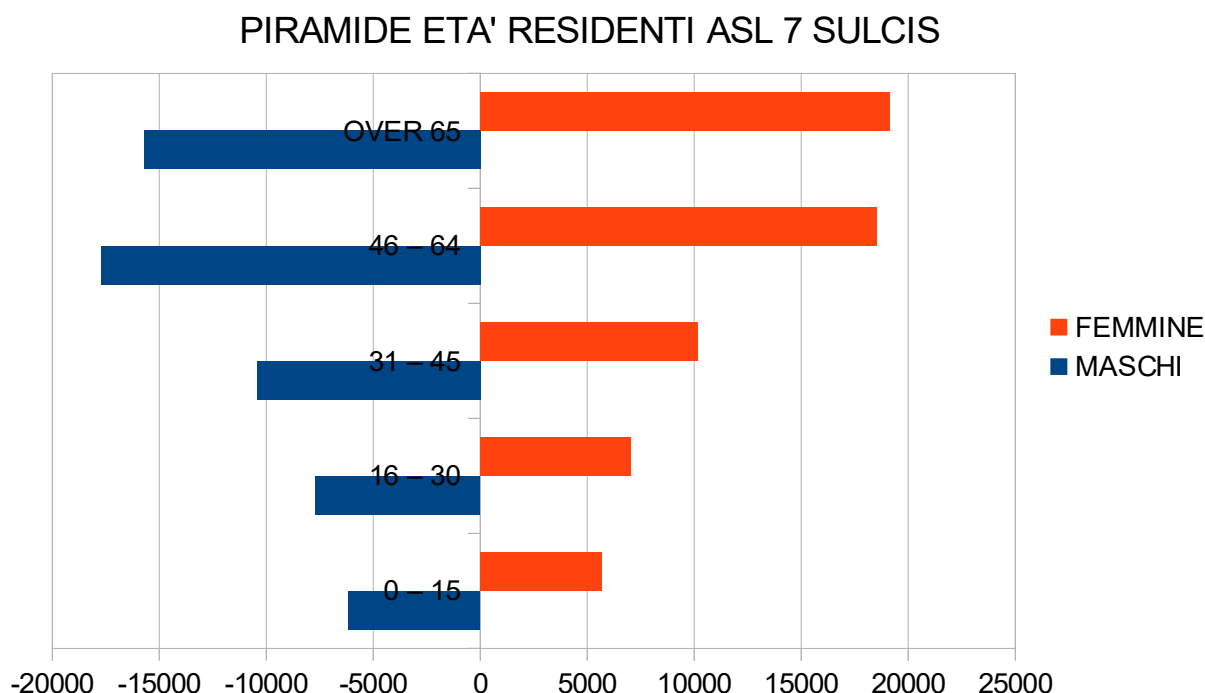
Come si evince dalle tabelle esplicative la distribuzione della popolazione per Distretto non è omogenea, la percentuale più alta è nel Distretto di Carbonia ove si concentra il 46% della popolazione, seguono il Distretto di Iglesias con una percentuale del 37% e la parte residua del 17% nel Distretto delle Isole Minori.

DISTRETTO	POPOLAZIONE	% SUL TOTALE
CARBONIA	53.742	46%
IGLESIAS	43.736	37%
ISOLE	19.277	17%
TOTALE	116.755	100%

Composizione per genere:

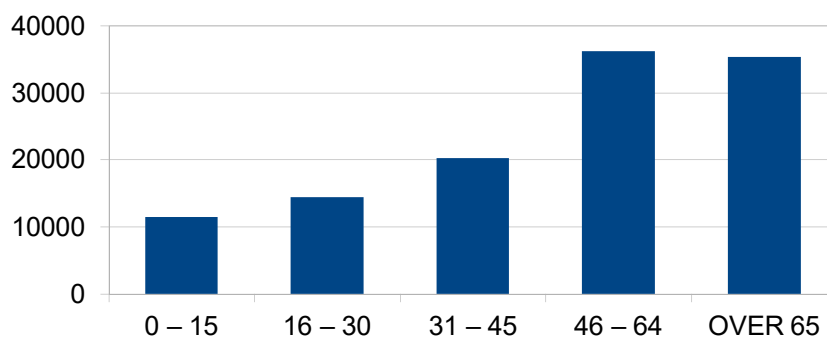
DISTRETTO	MASCHI	FEMMINE	% MASCHI	% FEMMINE
CARBONIA	26.228	27.514	49%	51%
IGLESIAS	21.398	22.338		
ISOLE	9.511	9.766		
Totale	57.137	59.618		

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.



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

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETA'



Le fasce di età maggiormente rappresentative sono quelle dai 46- 64 anni e gli over 65, che costituiscono rispettivamente il 31% e il 30% della popolazione, mentre la fascia 0-15, con la percentuale più bassa rispetto alla media nazionale e regionale, è pari a circa il 10%.

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.

Riguardo alla popolazione straniera residente al 1 gennaio 2024 nell'area di competenza dell'Azienda Sulcis Iglesiente è pari a n. 1.970 abitanti che corrisponde a circa l'1,7% dell'intera popolazione residente nell'Area.

Per quanto riguarda le differenze di genere, la componente femminile pari a n. 1206 abitanti è superiore a quella maschile pari a n. 764 abitanti.

L'incidenza maggiore degli stranieri di fascia femminile è determinato presumibilmente dall'impiego delle donne nei servizi connessi alla cura della persona (soprattutto di bambini e anziani).

Stranieri residenti al 1° gennaio 2024			
Territorio	Sesso		totale
	maschi	femmine	
Buggerru	6	13	19
Calasetta	13	40	53
Carbonia	174	262	436
Carloforte	37	88	125
Domusnovas	10	32	42
Fluminimaggiore	9	34	43
Giba	38	37	75
Gonnesa	12	50	62
Iglesias	240	289	529
Masainas	11	15	26
Musei	5	4	9
Narcao	25	31	56
Nuxis	18	19	37
Perdaxius	2	4	6
Piscinas	5	6	11
Portoscuso	28	41	69
San Giovanni Suergiu	22	48	70
Santadi	1	17	18
Sant'Anna Arresi	25	38	63
Sant'Antioco	54	104	158
Villamassargia	12	21	33
Villaperuccio	17	13	30
TOTALE	764	1206	1970

2.5 Amministrazione in cifre.

Occorre premettere che l'attività svolta dalla ASL Sulcis Iglesiente anche nel corso dell'anno 2024 ha patito di un rallentamento di attività di prevenzione o di cura dovute ad una grave carenza di personale medico di molteplici professionalità.

Tenuto conto che per l'anno 2024 i dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate, contenuti nei flussi informativi sanitari oggetto di debito informativo verso la Regione e il Ministero della Salute, saranno definitivi nel mese di febbraio p.v., si precisa che i valori di seguito indicati potrebbero essere oggetto di un successivo aggiornamento.

Si riportano 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

L'organizzazione ospedaliera nella ASL Sulcis Iglesiente si articola nel Presidio Unico - DEA di Primo Livello composto dai due Presidi Ospedalieri, Sirai di Carbonia e CTO di Iglesias, che costituiscono in qualità di Stabilimenti le articolazioni dello stesso.

Di seguito si rappresentano i volumi di attività della rete ospedaliera della ASL Sulcis Iglesiente.

Tabella-Dimessi distinti per regime di ricovero, per Presidio Ospedaliero e U.O., (dati anno 2024 non definitivi).

Ospedale	Divisione	Ricoveri							
		2023				2024			
		Ordinari	DH	DS	TOTALE	Ordinari	DH	DS	TOTALE
CTO	Anestesia e Rianimazione	5	0	0	5				
CTO	Chirurgia Generale	110	13	319	442	75	20	415	510
CTO	Medicina	721	120	6	847	789	69	1	859
CTO	Nido	138	0	0	138	157	-	-	157
CTO	Oculistica	0	9	669	678	-	3	797	800
CTO	Ortopedia e Traumatologia	42	0	120	162	18	2	79	99
CTO	Ostetricia e Ginecologia	396	64	84	544	309	91	73	473
CTO	Otorino	3	14	370	387	3	19	457	479
CTO	Pediatria	284	178	0	462	297	95	-	392
S.Barbara	Pneumologia	0	35	0	35	-	40	-	40
Sirai	Anestesia e Rianimazione	69	0	0	69	67	-	-	67
Sirai	Cardiologia	455	34	59	548	452	19	18	489
Sirai	Centro Trasfusionale	0	164	0	164	-	183	-	183
Sirai	Chirurgia Generale	772	19	120	911	843	14	125	982
Sirai	Medicina	804	0	0	804	854	-	-	854
Sirai	Nefrologia e Dialisi	0	130	0	130	-	161	-	161
Sirai	Neurologia	257	12	0	269	130	11	-	141
Sirai	Oncologia	0	281	0	281	-	309	-	309
Sirai	Ortopedia e Traumatologia	498	0	11	509	144	8	41	193
Sirai	Psichiatria	493	0	0	493	485	-	-	485
Sirai	Urologia	292	2	48	342	58	1	3	62
Sirai	UTIC	70	0	1	71	64	-	-	64
	TOTALE				8.286				7.799

Indicatori previsti dal Programma Nazionale Esiti.

Il PNE è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione delle performance clinico – assistenziali delle strutture sanitarie, a disposizione della Regione e delle Aziende sanitarie per il miglioramento del SSN.

Gli indicatori del PNE si concentrano su interventi sanitari di provata efficacia che dovrebbero essere offerti a tutta la popolazione in condizioni di equità e documentano la risposta ottenuta da un intervento, lo stato di salute, la mortalità, la morbosità, la qualità della vita e la soddisfazione del paziente.

Di seguito si riportano alcuni indicatori di esito ripartiti per Presidio Ospedaliero della ASL Sulcis Iglesiente.

Dati fonte Abaco (aggiornati al mese di novembre 2024)

PTCA entro 2 giorni in STEMI								
ANNO	2023			2024			Delta Indicatore %	
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore		
20002800 – P.O. SIRAI	20	26	76,9%	14	21	66,7%	-10%	

Parti con taglio cesareo primario								
ANNO	2023			2024			Delta Indicatore %	
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore		
20003000 - P.O.CTO	29	101	28,7%	26	103	25,2%	-4%	

Colecistectomie laparoscopiche: degenza post operatoria inferiore ai 3 giorni								
ANNO	2023			2024			Delta Indicatore %	
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore		
20002800 – P.O. SIRAI	9	12	75,0%	18	24	75,0%	0%	
20003000 - P.O.CTO	34	37	91,9%	40	43	93,0%	1%	

Numero di fratture del femore operate entro 2 giorni a pazienti over 65								
ANNO	2023			2024			Delta Indicatore %	
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore		
20002800 – P.O. SIRAI	16	203	7,9%	4	50	8,0%	0%	

Dai dati rilevati negli indicatori, aggiornati al mese di novembre 2024, emerge un andamento dell'attività pressoché invariata nell'anno 2024 rispetto al 2023, questo è determinato principalmente dalla permanenza della importante carenza di personale sia medico che del comparto, fondamentale per assicurare una dotazione organica minima ai reparti.

Altri indicatori di Ricovero Ospedaliero

In campo sanitario gli indicatori rappresentano tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per la programmazione e l'organizzazione dei servizi.

Di seguito si riportano alcuni indicatori utili per misurare l'attività ospedaliera.

ALTRI INDICATORI OSPEDALIERI				
Macrostruttura	Voce	2023	2024	Differenza
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	48%	59%	11%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	11%	9%	-2%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	3%	9%	6%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% Ricoveri urgenti brevi	7%	6%	-1%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Degenza media	8,16	9,08	0,92
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	466	341	- 125,0
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Occupazione PL DH	99%	111%	12%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Occupazione PL RO	78%	64%	-14%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	RO - Indice di rotazione	31	25,6	- 5,40
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	RO - Turn Over	2,65	5,18	2,53
20002900 - P.O.Santa Barbara (Iglesias)	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	0%	0%	0%
20002900 - P.O.Santa Barbara (Iglesias)	Occupazione PL DH	22%	25%	3%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	16%	15%	-1%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	10%	11%	1%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	5%	10%	5%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% Ricoveri urgenti brevi	12%	8%	-4%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Degenza media	6,97	7,11	14%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	527	349	- 178,00
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Occupazione PL DH	49%	48%	0%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Occupazione PL RO	37%	36%	0%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	RO - Indice di rotazione	19,31	18,73	- 0,58
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	RO - Turn Over	11,93	12,38	0,45

Accessi al Pronto Soccorso nei Presidi Ospedalieri della ASL Sulcis Iglesiente

Tabelle: Numero accessi anno 2024 per modalità di arrivo e per codice triage.

Pronto Soccorso P.O. SIRAI Carbonia	ROSSO	ARANCIONE	AZZURRO	VERDE	BIANCO	NERO	EX GIALLO	TOT.
ALTRO	15	30	57	175	4	0	73	354
C.O. 118	762	870	1736	2624	49	4	2288	8333
DECISIONE PROPRIA	147	339	1185	5513	258	0	1378	8820
MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	15	29	146	297	1	0	167	655
MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE CON PROPOSTA RICOVERO	1	0	1	0	0	0	1	3
MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIA TRA LIBERA SCELTA	6	29	75	98	2	0	95	305
MEDICO SERVIZI TERRITORIALI CON PROPOSTA RICOVERO	0	1	0	1	0	0	1	3
MMG/PLS CON PROPOSTA DI RICOVERO	0	0	1	3	0	0	1	5
SPECIALISTA	11	24	36	55	5	0	64	195
SPECIALISTA OSPEDALIERO CON PROPOSTA RICOVERO	0	0	1	1	0	0	4	6
TRASFERITO DA ALTRO ISTITUTO	3	7	12	1	0	0	13	36
TOTALE NUMERO CASI:	960	1329	3250	8768	319	4	4085	18715

Punto Primo Intervento P.O. CTO Iglesias	ROSSO	ARANCIONE	AZZURRO	VERDE	BIANCO	NERO	N.D.	EX GIALLO	TOT.
ALTRO	1	0	12	52	9	0	0	11	85
C.O. 118	7	30	14	39	1	0	0	16	107
DECISIONE PROPRIA	57	524	2197	7033	629	0	3	1584	12027
MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	1	18	37	74	0	0	0	40	170
MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE CON PROPOSTA RICOVERO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIA TRA LIBERA SCELTA	1	12	33	76	4	0	0	45	171
MMG/PLS CON PROPOSTA DI RICOVERO	0	0	0	2	0	0	0	1	3
SPECIALISTA	1	8	28	54	6	0	0	28	125
SPECIALISTA OSPEDALIERO CON PROPOSTA RICOVERO	0	0	0	2	0	0	0	0	2
TRASFERITO DA ALTRO ISTITUTO	0	1	0	1	0	0	0	1	3
TOTALE NUMERO CASI:	68	593	2321	7334	649	0	3	1726	12694

Assistenza Specialistica Strutture Pubbliche Ospedaliere - Fonte File C

Struttura	Branca	Descrizione Branca Specialistica	2023	2024
P.O. SIRAI (cod struttura 200028)	01	Anestesia	30	
	02	Cardiologia	3640	3192
	03	Chirurgia Generale	2	
	04	Chirurgia Plastica	41	59
	06	Dermosifilopatia	58	108
	08	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	7401	9255
	09	Endocrinologia	280	255
	10	Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	228	210
	11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	115512	155496
	12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	6034	2939
	13	Nefrologia	12724	12134
	15	Neurologia	251	342
	16	Oculistica	1814	2229
	18	Oncologia	479	401
	19	Ortopedia e Traumatologia	692	591
	20	Ostetricia e Ginecologia	192	270
	22	Pneumologia	1	
	23	Psichiatria	21	349
	25	Urologia	871	559
	26	Altro	28169	31016
P.O. CTO (cod struttura 200030)	01	Anestesia	80	30
	02	Cardiologia	1308	1181
	03	Chirurgia Generale	12	1
	04	Chirurgia Plastica	84	3
	05	Chirurgia Vascolare-Angiologia		16
	06	Dermosifilopatia	190	153
	08	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	4000	7619
	10	Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	2587	2557
	11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	799	933
	12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	13882	7460
	15	Neurologia	75	71
	16	Oculistica	4040	3945
	18	Oncologia	432	512
	19	Ortopedia e Traumatologia	794	716
	20	Ostetricia e Ginecologia	590	872
	21	Otorinolaringoiatria	2100	2632
	22	Pneumologia	286	343
	26	Altro	14290	16253
Struttura	Branca	Descrizione Branca Specialistica	2023	2024
P.O. SANTA BARBARA (cod struttura 200029)	02	Cardiologia	855	827
	06	Dermosifilopatia	310	337
	09	Endocrinologia	674	762
	11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	197553	244852
	12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi		1
	13	Nefrologia	6178	6761
	15	Neurologia	32	195
	22	Pneumologia	1912	3171
	23	Psichiatria	8	9
	26	Altro	16719	17726

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 opera attraverso una rete capillare di strutture territoriali e nel prossimo triennio intende potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio, come di seguito illustrato nel presente documento.

Tabella - Strutture territoriali (Modello ministeriale STS11)

STRUTTURE TERRITORIALI AMBULATORIALI DISTRETTO DI IGLESIAS	
CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE
160426	POLIAMBULATORIO IGLESIAS
169001	CASA DELLA SALUTE - FLUMINIMAGGIORE
162026	POLIAMBULATORIO BUGGERRU
160426	PUNTO PRELIEVI GONNESA
160526	POLIAMBULATORIO DOMUSNOVAS

STRUTTURE TERRITORIALI AMBULATORIALI DISTRETTO DI CARBONIA	
CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE
170626	POLIAMBULATORIO CARBONIA
179003	CASA DELLA SALUTE GIBA
172426	POLIAMBULATORIO DI NARCAO
172526	POLIAMBULATORIO SANTADI

STRUTTURE TERRITORIALI AMBULATORIALI DISTRETTO ISOLE	
CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE
179002	CASA DELLA SALUTE SANT'ANTIOCO
179001	CASA DELLA SALUTE CARLOFORTE

Alcuni dati di attività dell'Area dell'Assistenza Territoriale

Tabella: Assistenza Specialistica Strutture Pubbliche - Fonte File C

Distretto	Struttura	Branca	Descrizione Branca Specialistica	2023	2024
Distretto Iglesias	POLIAMBULATORIO IGLESIAS (cod struttura 160426)	01	Anestesia	128	
		02	Cardiologia	2568	2784
		03	Chirurgia Generale	417	266
		04	Chirurgia Plastica	18	29
		06	Dermosifilopatia	417	359
		11	Lab.Analisi Chimico diniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	27227	31614
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	30	46
		13	Nefrologia	19	120
		15	Neurologia	803	1238
		16	Oculistica	3693	4471
		17	Odontostomatologia-Chirurgia Maxillo Facciale	154	786
		18	Oncologia	42	49
		21	Otorinolaringoiatria	226	228
		25	Urologia	9	9
		26	Altro	5887	7619
	POLIAMBULATORIO DOMUSNOVAS (cod struttura 160526)	11	Lab.Analisi Chimico diniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	35351	37978
	POLIAMBULATORIO BUGGERRU (cod struttura 162026)	13	Nefrologia	999	1075
		26	Altro	135	17
	CASA DELLA SALUTE FLUMINIMAGGIORE (cod struttura 169001)	02	Cardiologia		464
		03	Chirurgia Generale	1	
		04	Chirurgia Plastica	1	11
		06	Dermosifilopatia	8	8
		08	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	123	137
		11	Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	26034	33200
		15	Neurologia	170	57
		16	Oculistica	399	188
		20	Ostetricia e Ginecologia	219	230
		26	Altro	1020	956
Distretto Carbonia	POLIAMBULATORIO CARBONIA (cod struttura 170626)	01	Anestesia	190	150
		02	Cardiologia	1485	1547
		03	Chirurgia Generale	7	1
		04	Chirurgia Plastica	8	5
		06	Dermosifilopatia	11	9
		08	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	1	2
		09	Endocrinologia		5
		11	Lab.Analisi Chimico diniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	43860	66037
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	15654	17287
		15	Neurologia	269	419
		16	Oculistica	1068	1300
		17	Odontostomatologia-Chirurgia Maxillo Facciale	992	2197
		18	Oncologia	355	317
		19	Ortopedia e Traumatologia	6	102
		21	Otorinolaringoiatria	693	537
		23	Psichiatria	7	
		26	Altro	6667	8697
	POLIAMBULATORIO NARCAO (cod struttura 172426)	11	Lab.Analisi Chimico diniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	1198	1104
	POLIAMBULATORIO SANTADI (cod struttura 172526)	11	Lab.Analisi Chimico diniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	1154	1481
		01	Anestesia	140	190
	CASA DELLA SALUTE GIBA (cod struttura 179003)	06	Dermosifilopatia	1	2
		11	Lab.Analisi Chimico diniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	20154	29718
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	9917	10157
		16	Oculistica	387	
		17	Odontostomatologia-Chirurgia Maxillo Facciale	104	74
		18	Oncologia	78	105
		19	Ortopedia e Traumatologia	100	30
		26	Altro	1039	1577

Distretto	Struttura	Branca	Descrizione Branca Specialistica	2023	2024
Distretto Isole Sant'Antioco e San Pietro	CASA DELLA SALUTE CARLOFORTE (cod struttura 179001)	01	Anestesia	60	60
		03	Chirurgia Generale	72	1
		09	Endocrinologia	21	49
		11	Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	34450	39345
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	4602	4864
		13	Nefrologia	656	1058
		15	Neurologia	60	
		18	Oncologia	34	
		26	Altro	402	317
	CASA DELLA SALUTE SANT'ANTIOCO (cod struttura 179002)	02	Cardiologia		1546
		03	Chirurgia Generale	40	51
		11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	37716	48688
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	20	4
		15	Neurologia	178	97
		16	Oculistica	692	1793
		17	Odontostomatologia-Chirurgia Maxillo Facciale	330	143
		18	Oncologia	35	68
		19	Ortopedia e Traumatologia		1
		26	Altro	1318	1412

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

Tabella - 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. SANT'ELIA NUXIS	S09	120
	172726	STRUTTURA RESIDENZIALE R.S.A. SANT'ELIA NUXIS	S16	20
	173426	COMUNITA' PROTETTA SANT'ELIA 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 regionale sono affidate ad ARES, che esplicita tale funzione attraverso il Dipartimento per la Sanità Digitale e l'Innovazione Tecnologica. Detto Dipartimento attraverso le proprie strutture, assicura la gestione delle tecnologie biomediche, delle infrastrutture tecnologiche e dei sistemi di sanità digitale di tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale in termini di efficienza, efficacia e sicurezza.

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. Il citato Piano delinea le strategie della transizione digitale previste dal Codice dell'Amministrazione Digitale.

Con Deliberazione del Direttore Generale ARES n. 243 del 29.09.2024 è stato approvato lo schema di Convenzione tra la Regione Autonoma della Sardegna e l'Azienda Regionale della Salute ARES, regolante le attività di implementazione e completamento del processo di digitalizzazione del sistema sanitario della Regione Sardegna in attuazione della programmazione PR FESR 2021-2027 e specificatamente degli interventi inseriti nelle linee di azione 5.5.1 “completamento e allestimento della rete sociosanitaria territoriale” e 5.5.2 “rinnovo delle strumentazioni ospedaliere”.

Il Dipartimento per la Sanità Digitale e l'Innovazione Tecnologica ARES con determinazione n. 2890 del 22/11/2024 ha dettagliato gli interventi che dovranno essere avviati:

- digitalizzazione della presa in carico del paziente;
- informatizzazione delle Centrali Operative Territoriali;
- interventi di telemedicina;
- cartella clinica territoriale informatizzata;
- interventi a supporto del Numero unico Europeo armonizzato (NE) 116117 di continuità territoriale e NUE 112;
- reingegnerizzazione del software di gestione dei consultori;
- informatizzazione della scheda di valutazione del rischio ostetrico;
- interventi di digitalizzazione ospedaliera complementari al PNRR, quali la digitalizzazione dei reparti ospedalieri e l'acquisizione postazioni di lavoro mobile.

3.1.2 Accessibilità digitale/procedure da semplificare e re-ingegnerizzare

Alla luce di quanto sopra descritto, gli obiettivi che la ASL Sulcis Iglesiente intende perseguire nel prossimo triennio in tale ambito sono legati agli obiettivi previsti nel citato Piano Triennale di Sanità Digitale 2024-2026 adottato da Ares Sardegna.

In particolare nella scrivente Azienda si intendono realizzare e/o migliorare i seguenti interventi di

dematerializzazione:

- evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- implementazione dell'utilizzo della firma digitale remota;
- implementazione del nuovo sistema di protocollo e diffusione del sistema di gestione documentale e fascicolazione digitale;

Tra gli obiettivi del PNRR è presente l'incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. Al riguardo l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, con Deliberazione n. 41/2 del 30.12.2022, nel richiamare le indicazioni del PNRR in materia di FSE, ha disposto la programmazione delle risorse, la progettazione e l'attuazione degli interventi necessari in tutto il Servizio Sanitario regionale avvalendosi dell'Azienda ARES Sardegna.

Il Fascicolo sanitario Elettronico consiste in una raccolta di dati e informazioni sanitarie che costituiscono la storia clinica e di salute di una persona, consultabile tramite internet in forma protetta e riservata attraverso l'utilizzo di credenziali personali.

Detto strumento costituisce un modello di cura integrato dove le informazioni tra medici sono maggiormente condivise con un sistema in rete che mette in comunicazione non solo i vari attori protagonisti della presa in carico del paziente nel territorio, ma anche l'ospedale.

Per essere indicizzati nel FSE i documenti sanitari digitali devono essere generati da sistemi informativi certificati e devono essere firmati digitalmente dai medici.

Allo stato attuale, con l'intervento tecnico di ARES Sardegna e Sardegna IT i sistemi certificati sono:

- a) Sistemi informativi dei laboratori di analisi (LIS - Dedalus)
- b) Anagrafe vaccinale (AVACS - Onit)
- c) Sistemi di cartelle cliniche dei MMG e PLS (fornitori vari)
- d) Sistemi informativi ospedalieri (SIO - SISaR)

Ad oggi nella ASL Sulcis Iglesiente si è arrivati all'attivazione del fascicolo sanitario ma occorre incrementare il suo utilizzo da parte degli operatori sanitari, al fine di garantire un graduale incremento dei documenti sanitari digitali inviati al FSE dei cittadini.

A tal fine è in atto un'attività di supporto per le Aziende Sanitarie da parte di un team di esperti della Regione Sardegna, in stretto raccordo con gli uffici competenti Ares, per il passaggio alla firma

digitale dei documenti clinici e all'utilizzo dei dati sanitari all'interno dei processi assistenziali, che comporta una formazione per gli operatori sanitari per adeguarsi ai nuovi modelli informatici.

A livello aziendale è in corso una implementazione degli interventi e dei processi tecnici necessari, che dovranno essere garantiti dalle strutture competenti di ARES Sardegna, al fine di poter assicurare un incremento del numero dei documenti sanitari firmati digitalmente dai medici aziendali.

Al fine di assicurare un maggiore utilizzo dei documenti digitalizzati, l'Asl Sulcis Iglesiente, nell'ambito della programmazione della performance anno 2025, prevede l'assegnazione di indicatori legati all'obiettivo relativo all'incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte degli operatori sanitari, come indicato al paragrafo 3.2 Performance - Area della sanità digitale e innovazione tecnologica.

In particolare nell'ambito ospedaliero l'obiettivo della indicizzazione dei documenti sanitari è incentrato sui reparti di degenza e del Pronto Soccorso, relativamente alla Lettera di Dimissione Ospedaliera (LDO) e del Verbale di pronto soccorso (VPS).

3.1.3 Azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica, e digitale da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

Riguardo alle azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità digitale da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, a livello infrastrutturale, si 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.

Procedure sanitarie digitalizzate attive:

- *Fascicolo Sanitario Elettronico e referti on line*: permette la consultazione della documentazione prodotta dal sistema sanitario nazionale (referti, certificati, cartella clinica ospedaliera ecc);
- *CUP WEB*: permette la prenotazione on line delle visite specialistiche (riservata ai cittadini maggiorenni assistiti dal Servizio Sanitario Regionale).
- *Scelta e revoca del medico web*: permette la consultazione dell'elenco dei medici di medicina generale e la scelta on line di quello di fiducia.
- *TS-CNS*: permette di accedere a diversi servizi on line della Pubblica Amministrazione tramite Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi o Spid.

- *Monitor di Pronto Soccorso*: permette di consultare in tempo reale l'affollamento, i tempi d'attesa e la dislocazione delle strutture di Pronto Soccorso della Sardegna.

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

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

1. **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;
2. **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;
3. **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;
4. **NSO**: sistema di smistamento automatico degli ordini.
5. **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.

Riguardo alle azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica dei soggetti fragili, si riportano alcuni interventi finalizzati ad agevolare l'accesso fisico alle strutture sanitarie dell'Azienda, che si programma di realizzare nel prossimo triennio e che risultano inseriti nel Piano dei Lavori Pubblici 2025/2027 della Asl Sulcis Iglesiente, di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 868 del 15/11/2024.

Si riportano alcuni interventi previsti nella programmazione citata:

- Lavori di ristrutturazione e sostituzione parziale degli impianti elevatori nel P.O. Sirai di Carbonia;
- Lavori di ristrutturazione del piano terra dell'ala destra e sostituzione impianti elevatori nel P.O. CTO di Iglesias;

- Lavori per la realizzazione di ulteriori parcheggi per i visitatori e personale dipendente e per la viabilità interna del Presidio CTO di Iglesias;
- Lavori di manutenzione straordinarie dei Poliambulatori che ricomprendono la realizzazione di rampe di accesso agli edifici;
- Lavori di pavimentazione stradale e sistemazione superfici esterne: piazzale adiacente al blocco operatorio, piazzale adiacente al reparto di Rianimazione del P.O. Sirai Carbonia.

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.

Come da indicazioni fornite dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, con nota prot. n. 2336 del 27/01/2025 avente ad oggetto "Indicazioni sugli obiettivi delle Aziende Sanitarie", nelle more della definizione da parte dello stesso Assessorato degli obiettivi specifici dei Direttori Generali per l'anno 2025, nell'ambito della pianificazione triennale illustrata nella presente Sezione si è tenuto conto degli obiettivi strategici contenuti nel Piano Regionale di Sviluppo (PRS) 2024 - 2029 approvato con DGR 4/13 del 22 gennaio 2025, che di seguito si riportano:

- Ottimizzazione delle funzioni delle Aziende Sanitarie. Miglioramento delle prestazioni delle Aziende Sanitarie;
- Presa in carico del paziente e Case di comunità, Ospedale di comunità. Garantire la presa in carico del paziente da parte del sistema sanitario regionale al livello territorialmente più vicino al cittadino;
- Medicina di famiglia, servizi specialistici e rete dei servizi territoriali;
- Riduzione delle liste d'attesa;
- Implementazione dei servizi di sanità digitale e telemedicina;
- Ospedali a bassa, media e alta intensità di cure. Migliorare la rete ospedaliera con la definizione di un nuovo modello organizzativo che la renda più efficiente e rispondente alle esigenze sanitarie territoriali;
- Pronto soccorso e servizi di emergenza urgenza. Potenziare e mettere a sistema la rete territoriale dell'emergenza-urgenza;

- La formazione continua e la qualificazione del personale sanitario;
- Valorizzazione e fidelizzazione delle risorse umane;
- Integrazione dei servizi sanitari e riabilitazione. Integrare il servizio ospedaliero e quello territoriale attraverso l'implementazione di percorsi di riabilitazione organizzati e PDTA condivisi.
- Prevenzione e promozione della salute.

La scrivente Azienda provvederà, in sede di negoziazione di budget, alla attribuzione degli obiettivi specifici che verranno assegnati dalla RAS ai Direttori Generali mediante la declinazione degli stessi a ciascuna Struttura aziendale per rispettiva competenza.

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 e abbattimento liste d'attesa;
4. Razionalizzazione e contenimento della spesa
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
7. Area della Sanità digitale e innovazione tecnologica
8. Area della Formazione del personale

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 integrati 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)

Tabella obiettivi operativi:

Area Strategica 1 : SANITÀ PUBBLICA E PROMOZIONE DELLA SALUTE UMANA		Target		
Obiettivi operativi	Indicatori	2025	2026	2027
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 $\geq 38\%$	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
	Screening coloretale (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale $\geq 25\%$	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
	Screening mammografico (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale $\geq 35\%$	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
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)	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per 1 dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$
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
Rispetto dei programmi regionali dei controlli ufficiali in ogni ambito delle attività di prevenzione.Strutture Dipartimento di Prevenzione	numero di controlli (ispezioni, audit, campionamenti) effettuati/ numero di controlli (ispezioni, audit, campionamenti) programmati *100	100% degli interventi programmati	100% degli interventi programmati	100% degli interventi programmati

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

All'interno del Dipartimento di Prevenzione, 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.

Tabella obiettivi operativi:

Area Strategica 2 : Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare		Target		
Obiettivi operativi	Indicatori	2025	2026	2027
Ottenere 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 ovi-caprine. 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 2025	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 di 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 e abbattimento liste d'attesa.

Come illustrato al paragrafo 2.2, 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, è stato creato a livello nazionale un Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

I dati raccolti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario vengono elaborati a livello aziendale, regionale e nazionale. L'acquisizione del patrimonio condiviso di dati permette di elaborare analisi volte a migliorare l'erogazione delle prestazioni per il cittadino e la programmazione sanitaria, e di conseguenza il monitoraggio dei LEA e della spesa sanitaria.

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.

Particolare attenzione merita l'obiettivo relativo all'abbattimento delle Liste d'attesa.

Considerato che il problema della carenza di personale, soprattutto medico, permane, anche nel prossimo triennio si dovrà proseguire con il ricorso a progetti di recupero delle liste d'attesa finanziati e si dovrà intervenire nella riorganizzazione delle agende di prenotazione.

Nella seguente tabella vengono riportati alcuni indicatori utilizzati nella ASL Sulcis Iglesiente per il miglioramento degli standard quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie ospedaliere.

Area Strategica 3 :Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni e abbattimento liste d'attesa		Target		
Obiettivi operativi	Indicatori	2025	2026	2027
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
Miglioramento degli indicatori PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	miglioramento	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 l'appropriatezza delle prestazioni ostetriche ottimizzando la proporzione dei tagli cesarei primari (15% (D.M. 2 aprile 2015, n.70 PO < 1000 parti anno)	Numero parti cesarei primari/numero parti con nessuna pregresso cesareo *100	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
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
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
Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inappropriatezza in DO	<13%	mantenimento	mantenimento
Potenziamento attività del GIC(Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche)	1.Incrementare il n. di consulenze effettuate su totale delle richieste	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti	Potenziamento attività CAS (Centro Accoglienza Servizi) per pazienti oncologici	miglioramento	miglioramento	miglioramento
Migliorare l'efficacia e la qualità dell'attività clinico – assistenziale nella 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
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. Invio 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
Garantire l'abbattimento delle liste d'attesa mediante azioni mirate	Azioni messe in atto per incidere sull'abbattimento liste d'attesa	Attivazione progetti	miglioramento	miglioramento

Area Strategica 4: Razionalizzazione e contenimento della spesa

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 e contabili di cui alla DGR 34/23 del 2015.

Area Strategica 4: Razionalizzazione e contenimento della spesa		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2025	2026	2027
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 del DM per il raggiungimento del valore target	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto	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	Rispetto dei tetti di spesa comunicati dall'Assessorato	miglioramento	miglioramento
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	Rispetto dei tetti di spesa comunicati dall'Assessorato	miglioramento	miglioramento
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 di 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 promuovere, anche nel prossimo triennio, la partecipazione del proprio personale alla formazione in materia di anticorruzione.

Al riguardo si ritiene utile rammentare che, ai sensi della L.R. 24/2020, ARES rappresenta il Provider unico per tutte le Aziende del SSR per i progetti formativi e 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.

A livello aziendale, il personale della scrivente Azienda può fruire dei corsi FAD erogati dal Provider ARES Sardegna in materia di Anticorruzione e Trasparenza attraverso la piattaforma *Fad E-Learning*, raggiungibile all'indirizzo <https://fad.aressardegna.it>.

Sempre in materia di anticorruzione e trasparenza, l'Azienda, anche per il 2025, intende assegnare, alle strutture previste nell'allegato 1 del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza, l'obiettivo di performance relativo alla redazione di una relazione illustrativa in merito alle misure adottate nell'anno per la gestione del rischio corruttivo di rispettiva competenza.

Nella ASL Sulcis Iglesiente il principio della trasparenza viene ottemperato, nell'ambito del sito web istituzionale, attraverso l'apposita Sezione "Amministrazione Trasparente".

Detta sezione ha lo scopo di promuovere la partecipazione dei cittadini interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. La sezione è predisposta in base alle linee guida dettate nell'allegato A della Delibera dell'ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016, di cui al D. Lgs. 97/2016, che ha modificato il D. Lgs. 33/2013.

In materia di trasparenza l'Azienda 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.

A tal fine, anche nel prossimo triennio, si prosegue con l'assegnazione, a tutte le strutture coinvolte, dell'obiettivo relativo all'adempimento dell'obbligo di pubblicazione nella sezione

“Amministrazione Trasparente” della documentazione di rispettiva competenza, ai sensi del D.Lgs. 97/2016.

Sempre nell’ottica della garanzia del principio di trasparenza e della finalità di prevenzione e repressione della corruzione, la ASL Sulcis Iglesiente, con Delibera D.G n. 955 del 13/12/2024, ha provveduto alla adozione del “Regolamento per i controlli sulle autocertificazioni e sulle dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà”.

Detti controlli sono finalizzati a garantire la trasparenza e la legalità dell’azione amministrativa, nonché il contrasto di eventuali abusi in relazione all’ottenimento di provvedimenti, vantaggi e benefici.

In applicazione del citato regolamento, in ambito di performance organizzativa alle strutture aziendali interessate verrà assegnato l’obiettivo relativo alla redazione di una relazione semestrale illustrativa in merito all’attività di controllo effettuata sulle autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive ricevute.

Tabella obiettivi operativi:

Area Strategica 5: Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2025	2026	2027
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%	100%	100%
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%	>=95%	>=95%
	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%	>=95%	>=95%
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi	5/5	5/5	5/5
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Monitoraggio trimestrale della validità dei record del flusso A come da disciplinare SIDI	n. 4 report	n. 4 report	n. 4 report
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 1 FMEA per area	1_>= 80 segnalazioni 2_>= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato 3_>=1 per area	miglioramento	miglioramento
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. 97/2016	100%	mantenimento	mantenimento
	Applicazione Regolamento per i controlli sulle autocertificazioni e sulle dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà. Delibera D.G. n. 955 del 13/12/2024	Relazione in merito all'effettuazione dei controlli relativi ai procedimenti amministrativi afferenti alla propria struttura	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, fisico e digitale.

Da un punto di vista fisico l'Azienda intende "avvicinarsi al cittadino" attraverso un'implementazione dei servizi territoriali, come le Centrali Operative Territoriali (COT) e le Case di comunità, anche con il reclutamento e formazione di nuove figure professionali come gli infermieri di famiglia e realizzando e/o implementando progetti e interventi per la cura dei pazienti.

In applicazione alle linee programmatiche nazionali e regionali dettate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR - Missione M6), volte alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale attraverso forti investimenti sull'assistenza sanitaria territoriale, le reti di prossimità, le strutture e la telemedicina, la ASL Sulcis Iglesiente, con Deliberazione del Direttore Generale n. 458 del 07/06/2024, ha realizzato le Centrali Operative Territoriali (COT) del P.O. Sirai di Carbonia e del P.O. S. Barbara di Iglesias.

Sempre nell'ambito dei progetti del P.N.R.R. (Missione 6 Salute, investimento C1-1.1), per la ASL Sulcis Iglesiente è prevista la realizzazione di n. 2 Case della Comunità:

- Casa di Comunità San Ponziano. di Carbonia
- Casa di Comunità P.O. Santa Barbara di Iglesias

Nel corso dell'anno 2024 sono proseguiti i lavori di ristrutturazione e messa a norma di detti interventi edilizi, con Delibera D.G. n. 551 del 29/09/2023 è stato approvato il Piano di fattibilità della Casa di Comunità del Poliambulatorio San Ponziano Carbonia e con la Delibera D.G. n. 648 del 18/08/2024 è stato approvato il Progetto Definitivo relativo alla ristrutturazione e messa a norma di una porzione del piano secondo del P.O. Santa Barbara di Iglesias. Nel prossimo triennio 2025/2027 si proseguirà con l'attuazione di tutte le azioni necessarie alla definizione di detto intervento di edilizia sanitaria.

Nel territorio della ASL Sulcis Iglesiente si evidenzia un progressivo aumento della popolazione anziana caratterizzata dalla co-presenza di più patologie ad andamento cronico-degenerativo, che necessitano di interventi integrati socio sanitari appropriati. A tale scopo è stato sviluppato, in collaborazione con la Scuola di Specializzazione di Geriatria dell'Università degli Studi di

Cagliari, uno studio per la valutazione dei bisogni di salute indirizzato alla popolazione anziana.

A seguito di detto studio è stato approvato, con Delibera del Direttore Generale n. 836 del 06.11.2024, il Progetto denominato "Potenziamento degli interventi di assistenza primaria "Geriatric ASL Sulcis Open Day (GerSOD)" Categorizzazione e gestione della fragilità del paziente anziano nel territorio"– Attività di supporto dei Medici di Cure primarie dei Comuni della ASL Sulcis Iglesiente.

Nel prossimo triennio l'Azienda intende proseguire con l'attivazione di ulteriori progetti relativi alle attività territoriali di assistenza primaria, al fine di migliorare i processi di presa in carico e di orientamento dei servizi rivolti alla popolazione anziana/fragile e ridurre l'accesso inappropriato ai servizi di emergenza urgenza, potenziando gli interventi di prossimità.

Sempre nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale, nel prossimo triennio la ASL Sulcis Iglesiente intende potenziare la gestione del servizio telefonico del nuovo Numero Europeo Armonizzato (NEA)116-117, divenuto operativo nel mese di settembre 2024.

Alla ASL Sulcis Iglesiente è stato affidato il ruolo Aziendale di capofila del progetto, infatti, in questa prima fase, l'attivazione riguarderà in Sardegna solo i 23 Comuni afferenti a questa Asl.

Il numero 116117 è un servizio telefonico gratuito, a disposizione di tutta la popolazione, attivo H24 per 7 giorni a settimana, a chiamata rapida che non necessita di prefisso, raggiungibile da telefono fisso o mobile. Permette agli utenti chiamanti di entrare in contatto con un operatore sanitario o tecnico, opportunamente formato, che fornisce assistenza e/o informazioni per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti, gestisce la domanda a bassa intensità assistenziale, centralizza le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, facilita l'accesso della popolazione ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

Il servizio telefonico 116117 permette al cittadino di:

- effettuare richieste di prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale;
- chiedere informazioni sulle modalità di scelta/revoca dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;

Riguardo al miglioramento dell'accessibilità ai servizi per il cittadino da un punto di vista digitale, l'Azienda intende attivare e implementare le prestazioni di telemedicina che, grazie all'utilizzo di

tecnologie moderne, rendono possibile un ripensamento dell'assistenza territoriale.

Infatti attraverso gli strumenti di telemedicina si può contribuire al rafforzamento dell'assistenza sanitaria, spostando il fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio.

Nel corso dell'anno 2024 per la Asl Sulcis Iglesiente non è stato possibile attivare la modalità della telemedicina nelle discipline di diabetologia, cardiologia, dialisi, neurologia e nell'ambito dell'assistenza territoriale, pertanto, con il supporto di ARES Sardegna, per una piena implementazione degli interventi e dei processi tecnici necessari, si programma l'avvio nel prossimo triennio.

Tabella obiettivi operativi

Area Strategica 6: Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio e Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2025	2026	2027
Garantire erogazione e il potenziamento delle prestazioni in modalità Televisita	Attivazione modalità televisita nella: U.O. Medicina Generale U.O. Nefrologia U.O. Reumatologia U.O. Oncologia U.O. Cardiologia U.O. Pneumologia	attivazione	miglioramento	miglioramento
	Potenziamento prestazioni eseguite in teleradiologia	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
	Potenziamento del Sistema della Telemedicina per i pazienti con DMT1	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
	Potenziamento del Sistema della Telemedicina per i pazienti con prescrizione di Monitoraggio Flash della Glicemia (FGM)	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
Garantire : - l'integrazione Ospedale-Territorio; - l'attivazione della Telemedicina territoriale ; - l'implementazione della Medicina di comunità	Potenziare l'attività della COT Aziendale e della Casa della salute	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
	Implementazione della procedura di missioni protette con estensione a tutte le UO Ospedaliere e implementazione PASS e IUT	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
	Realizzazione Case di Comunità e Ospedale di Comunità	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR
	Potenziare la rete aziendale degli ambulatori infermieristici territoriali anche con il contributo della telemedicina	ambulatori infermieristici per Distretto	miglioramento	miglioramento
	Aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare alla popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. Flusso FLS 21 e SISAR ADI	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
	Potenziamento delle ASCOT per sopperire al fenomeno del sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale e nazionale	apertura/miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
	Potenziamento interventi/progetti per la cura del paziente anziano.	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
	Potenziamento della gestione del nuovo Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116-117	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento	miglioramento
	Attivazione di PDTA territoriali	Attivazione PDTA - scompenso cardiaco Attivazione PDTA - gestione del paziente domiciliare nella rete Ospedale-Territorio	miglioramento	miglioramento

Area Strategica 7: Area della Sanità digitale e innovazione tecnologica

Come descritto nel paragrafo 3.1.2, la materia relativa alla trasformazione digitale della sanità a livello regionale è affidato ad ARES, nello specifico al Dipartimento per la Sanità Digitale e l'Innovazione Tecnologica.

A livello aziendale la ASL Sulcis Iglesiente intende attivarsi per incrementare l'utilizzo dei documenti sanitari firmati digitalmente e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Di seguito si indicano alcuni indicatori operativi:

Area Strategica 7 : Area della Sanità digitale		Target		
Obiettivi operativi	Indicatori	2025	2026	2027
Incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari	Percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente.	80%	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
	Percentuale di documenti sanitari indicizzati sul FSE	40%	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
Partecipazione ai corsi di formazione per l'incremento delle competenze digitali	Percentuale di partecipanti al corso	50%	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente

Area Strategica 8: Area della Formazione del personale

La formazione e lo sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle capacità del personale costituiscono strumento fondamentale nella gestione delle risorse umane e si collocano al centro del processo di rinnovamento della pubblica amministrazione.

Il tema della formazione del personale viene trattato nella specifica Sezione n. 3 del presente documento *“Organizzazione e capitale umano*. Nell'area strategica in esame si illustra sinteticamente la normativa di riferimento e le linee di programmazione inerenti la formazione che la scrivente Azienda intende adottare nel prossimo triennio.

Nelle Direttive del Ministro per la Pubblica Amministrazione, del 23 marzo e del 28 novembre 2023, e nella recente Direttiva del 14 gennaio 2025, viene sottolineata la centralità della formazione e dello sviluppo del capitale umano per la crescita delle amministrazioni pubbliche.

Nell'ambito della Direttiva del 28 novembre 2023 la promozione della formazione e la partecipazione dei dipendenti agli eventi formativi viene previsto come uno specifico *“obiettivo di performance dei dirigenti”*. In particolare si dispone che venga garantita la partecipazione per i dipendenti ad eventi formativi per un impegno di almeno 24 ore annue, detto numero minimo è

stato incrementato a partire dal 2025, con la Direttiva del 14 gennaio u.s., ad almeno un numero di 40 ore annue.

La recente Direttiva del 14 gennaio u.s. si pone l'obiettivo di:

- guidare le amministrazioni verso l'individuazione di soluzioni formative funzionali al raggiungimento degli obiettivi strategici;
- individuare i presupposti per un sistema di monitoraggio e valutazione della formazione e del suo impatto sulla creazione di valore pubblico.

Si ritiene opportuno rammentare che, ai sensi della Legge regionale 24/2020, l'Azienda ARES Sardegna svolge in maniera centralizzata le funzioni relative all'attività di supporto tecnico per la formazione del personale del servizio sanitario regionale e le procedure di accreditamento ECM e rappresenta il Provider unico per tutte le Aziende del SSR.

In applicazione della normativa regionale, Ares Sardegna, con Delibera D.G. n. 347 del 24/12/2024, ha adottato il Piano Annuale della Formazione (PAF) anno 2025, in cui sono indicate, nell'allegato A, pagina n.18, le proposte formative programmate dalla ASL Sulcis Iglesiente.

Di seguito si riporta una tabella sintetica degli obiettivi di performance che la Asl Sulcis Iglesiente prevede di assegnare in sede di negoziazione della performance organizzativa e che impegnano i Responsabili di Struttura a promuovere un'adequata partecipazione del personale assegnato alle attività di formazione a carattere generale e specifico.

Area Strategica 8 : Area della Formazione del personale			Target		
Area di competenze	Obiettivi operativi	Indicatori	2025	2026	2027
Competenza in materia di etica, inclusione, parità di genere e contrasto alla violenza, privacy, prevenzione della corruzione, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, trasparenza e integrità.	Formazione obbligatoria. Prevenzione del rischio in materia di salute e sicurezza sul lavoro . D.Lgs. 81/08, articolo 37	Garantire la formazione obbligatoria del personale assegnato in materia di salute e sicurezza sul lavoro, mediante la partecipazione ai progetti formativi erogati da Ares Sardegna(anche in modalità FAD)	50% del personale assegnato	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
	Formazione obbligatoria. Prevenzione del rischio in materia di antincendio D.M. 2/9/21	Garantire la formazione obbligatoria del personale assegnato in materia di antincendio, mediante la partecipazione ai progetti formativi erogati da Ares Sardegna(anche in modalità FAD)	30% del personale assegnato	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
	Formazione obbligatoria. Prevenzione del rischio corruttivo ai sensi del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)2025-2027	Garantire la formazione obbligatoria del personale assegnato in materia di formativi erogati da Ares Sardegna(anche in modalità FAD)	50% del personale assegnato	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
Competenze per la transizione digitale	Formazione generale. Eventi formativi PNRR (erogati da Ares Sardegna(anche in modalità FAD)	Garantire la partecipazione del personale assegnato alle attività di formazione	50% del personale assegnato	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
	Formazione generale. Garantire la partecipazione ai corsi di formazione per l'incremento delle competenze digitali (erogati da Ares Sardegna(anche in modalità FAD)	% di partecipazione del personale assegnato	50% del personale assegnato	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
Competenze per la Transizione amministrativa	Formazione specifica. Garantire la partecipazione del personale assegnato all'evento formativo di pertinenza del Servizio/U.O.	% di partecipazione del personale assegnato all'evento formativo individuato dal Servizio /U.O.	50% del personale assegnato	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
	Formazione specifica. Evento formativo relativo alla " <i>riduzione dei tempi di pagamento dei debiti commerciali</i> "	Garantire la partecipazione del personale assegnato all'evento formativo specifico	70% del personale interessato	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente

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 le Direttive del 28 novembre 2023 e del 14 gennaio 2025.

Nelle more di detta adozione è vigente 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. 1)

Di seguito si indicano le vigenti 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. 868 del 15/11/2024, il Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale 2025-2027.

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 2025, 2026, 2027.

Si allega il Mod. CE relativo all'anno 2025 adottato con Delibera D.G. n. 868 del 15/11/2024 con riserva di inserire successivamente il modello definitivo che verrà approvato dall'Assessorato della Sanità. (Allegato n. 2).

3.3 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Considerazioni introduttive

Il secondo Piano Triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza triennio 2025-2027 si pone in piena linea di continuità col precedente e i suoi aggiornamenti nonché con le linee operative della Autorità Nazionale Anticorruzione.

Facendo seguito al dettato normativo di cui all'art.1/co 8 , della legge 190/2012 l'adozione del presente Piano triennale è stata preceduta dall'apertura di una consultazione pubblica finalizzata a raccogliere suggerimenti e modifiche al Piano da parte dei dipendenti e degli stakeholder dell'Azienda socio sanitaria, ma senza ottenere alcun riscontro.

Il processo di trasformazione dell'Azienda socio sanitaria, voluto dal legislatore Regionale (L.R 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) è stato avviato solo nel 2022 quando con Delibera Giunta Regionale n. 46730 del 25/11/2021 la ex Area Socio Sanitaria del Sulcis, da mera articolazione dell'Agenzia Territoriale della Salute (ATS Sardegna) ha acquisito personalità giuridica con autonomia organizzativa, contabile e patrimoniale, dandosi nuova organizzazione e distribuzione di funzioni e competenze con proprio Atto aziendale adottato con la Delibera del Direttore Generale della ASL Sulcis n. 213 del 16/05/2023.

Questo ampio e complesso processo di riorganizzazione aziendale ha quindi coperto l'intero triennio di vigenza del primo PTPCT 2022-2024 rendendo particolarmente difficile il raggiungimento dei suoi obiettivi strategici considerando le continue variazioni intervenute nell'articolazione della struttura aziendale con la creazione di nuove direzioni, l'istituzione di nuovi uffici, la redistribuzione di responsabilità e competenze fra dirigenti e l'aumento di personale in organico. La revisione organizzativa non è del tutto completata e si prevedono successive evoluzioni nel corso del 2025, alcune delle quali già avviate.

Resta inoltre la difficoltà di non avere la gestione diretta di funzioni rilevanti e sensibili quali la realizzazione e gestione dei concorsi pubblici, il sistema dei pagamenti del personale, la gestione

delle infrastrutture tecnologiche, la formazione del personale tutti rimasti tra le funzioni gestite da ARES, sostituitasi alla ex ATS.

Il PTPCT 2025-2027, come il piano precedente, assolve alla funzione strategica di guida nella definizione della nuova organizzazione, ancora in divenire, fornendo gli strumenti per una “buona” amministrazione esente dal fenomeno corruttivo.

Giova ricordare che la locuzione “evento corruttivo” è da intendersi indipendente dalla rilevanza penale del fatto e si riferisce a situazioni in cui:

si realizzi un uso distorto di risorse, regole, processi e attività;

vi sia consapevolezza da parte dell’attore o degli attori organizzativi che lo realizzano;

gli interessi privati particolari prevalgono sull’interesse generale e collettivo facendo venire meno l’imparzialità dell’agire pubblico.

Il documento riprende, per chiarezza espositiva, contenuti e presupposti indispensabili al “nuovo” lettore - quale ad esempio personale neoassunto, stakeholder o utenti– evitando di dover approfondire le diverse tematiche a partire da fonti differenti.

A differenza del precedente Piano 2022- 2024 questo viene inserito come sezione del più ampio documento strategico costituito dal PIAO come una parte funzionalmente integrata e funzionale alle strategie di creazione del valore pubblico

Le prescrizioni contenute nel presente documento hanno carattere esecutivo e si rivolgono a tutti coloro che partecipano alla vita amministrativa dell’Azienda socio sanitaria del Sulcis Iglesiente attraverso la propria attività lavorativa, a qualsiasi titolo effettuata, quindi:

ai Direttori

ai Dirigenti

al personale dipendente;

ai componenti dell’organismo di vigilanza interna

ai titolari di incarichi di collaborazione, consulenza, docenza, o a qualsiasi titolo attribuiti (anche gratuito);

ai soggetti affidatari di lavori, servizi o forniture;

ai componenti di commissioni tecniche, esaminatrici o di valutazione, a qualsiasi titolo coinvolte nelle attività dell’Istituto

Gli stessi soggetti sono chiamati a concorrere attivamente all’attuazione della strategia di prevenzione dell’illecito e della maladministration in quanto destinatari del Codice di Comportamento aziendale da considerarsi sua parte costitutiva.

Tutti i destinatari sono tenuti a collaborare con la Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e l’Organismo di Vigilanza e, fermo restando l’obbligo di denuncia all’autorità

giudiziaria nei casi previsti dalla Legge, segnalano a costoro eventuali situazioni di illecito o di corruzione di cui siano venuti a conoscenza. La violazione delle misure di prevenzione previste dal presente Piano costituisce illecito disciplinare.

3.3.1. Il processo di elaborazione del PTPCT: soggetti interni, ruoli e responsabilità.

Il presente Piano della Prevenzione della corruzione e della trasparenza è stato elaborato dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) dottoressa Paola Massidda, funzionaria assegnata al Servizio Affari Generali e Legali, in forza dell'incarico conferito con delibera n. 8 del 14/02/2022 del Direttore Generale della ASL Sulcis, con la collaborazione della dottoressa Vittoria Picci P.O del Servizio Programmazione e controllo per gli aspetti del PIAO strettamente connessi alla sezione anticorruzione e con la dottoressa Laura Alberti dell'Ufficio stampa aziendale per la pubblicazione dei dati

Molteplici sono i compiti che le norme affidano alla RPCT:

a. in base a quanto previsto dalla Legge 190/2012, deve:

- elaborare la proposta di Piano della prevenzione, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico (art. 1, comma 8);
- segnalare all'OIV le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1 comma 7 L.190/2012
- verificare l'efficace attuazione del PTPCT e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lett. a);
- proporre modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione (art. 1, comma 10, lett. a);
- verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b);
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, a partire dai dipendenti chiamati ad operare nei settori in cui, sulla base della valutazione contenuta nel Piano, è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. c);
- riferire sulla sua attività all'organo di indirizzo politico se richiesto o se lui stesso lo valuta opportuno, sui risultati dell'attività svolta (art. 1 c. 14);

b. in base a quanto previsto dal d.lgs. n. 39/2013, il RPCT in particolare deve:

- vigilare sulla applicazione delle disposizioni in materia di rispetto delle norme sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al decreto, con il compito di contestare all'interessato

l'esistenza o l'insorgere delle suddette situazioni (art. 15, c.1);

- segnalare i casi di possibili violazioni al decreto all'ANAC, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini delle funzioni di cui alla L. 215/2004, nonché alla Corte dei conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (art. 15, c. 2).

c. in base a quanto previsto dal d.lgs. n. 33/2013, come modificato e integrato dal d.lgs. n. 97 del 2016, il RPCT in particolare deve, ai sensi dell'art.43:

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione dettati dalla normativa vigente (comma 1);
- assicurare la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate (comma 1);
- segnalare al vertice amministrativo, all'ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio procedimenti disciplinari i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (comma 1);
- assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico, anche in sede di riesame, sulla base di quanto stabilito dal suddetto decreto, ed in particolare dagli articoli 5 e 5-bis (comma 4).

Si ricorda che l'ANAC nel PNA 2022 (par. 4.7 dell'All. 3 "Il RPCT e la struttura di supporto") ribadisce che "Considerati i delicati compiti che spettano al RPCT, l'Autorità ritiene che anche con riguardo a tali enti (n.d.r. in controllo) /società vada assicurato al RPCT un adeguato supporto, attraverso la previsione di una struttura organizzativa idonea e proporzionata che consenta al RPCT di svolgere in modo completo ed effettivo le proprie funzioni. Laddove possibile è opportuno che l'organo di indirizzo doti il RPCT di un ufficio appositamente dedicato al supporto del RPCT, con personale congruo per numero e professionalità, risorse strumentali e finanziarie."

3.3.2 – Gli attori del processo

I soggetti interni alle amministrazioni posseggono una profonda conoscenza della struttura organizzativa, dei relativi processi decisionali e dei profili di rischio coinvolti: i responsabili di processo, di ufficio e primi fra tutti i dirigenti sono infatti i cosiddetti risk owner ovvero coloro che assumono nel proprio profilo di responsabilità, ruolo e funzione, il rischio ed i comportamenti ad esso correlati. Per tale ragione, l'attività di predisposizione e quella successiva di attuazione di un Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza presuppongono la partecipazione attiva e il coinvolgimento dei soggetti che hanno il potere concreto di agire sulle variabili endogene del fenomeno e di vigilare sui comportamenti delle risorse umane gestite.

Di seguito, anche ai fini informativi e formativi rispetto al personale di nuova immissione in ruolo, per precisione e chiarezza espositiva, viene dettagliato il ruolo di ciascun attore che deve concorrere al processo di adozione del Piano riportandone puntualmente anche le rispettive competenze, così come stabilite dalla legge e dagli atti di indirizzo dell'ANAC.

I. Il Direttore Generale coadiuvato dai Direttori Amministrativo e Sanitario, partecipa attivamente

alla analisi ed alla gestione del rischio, individuando gli obiettivi di valore da perseguire con il PTPCT. 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.

II. 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, 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.

III. 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).

IV. 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.

V. Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Azienda con delibera n. 90 del 08/02/2024 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.

VI. 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.

VII. 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.

VIII. 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). La nuova nomina di tale figura responsabile a seguito di cessazione del rapporto di lavoro del precedente titolare è stata operata con Deliberazione del Direttore Generale n. 01 del 09/01/2025. 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.

IX. Il Responsabile della protezione dei dati personali

La funzione di Responsabile della Protezione dei dati personali (RPD o DPO - Data Protection Officer) è ricoperta dalla ditta Karanoa Srl con designazione fatta con deliberazione n. 37 del 31/03/2021 sulla base dell'affidamento del servizio in base all'art 36 co2 lett.a) del Dlgs 50/2016 che vede il suo termine finale nel mese di aprile 2025. Il Responsabile della protezione dei dati personali (RPD) è una figura introdotta dal Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679 (c.d. GDPR), e viene designato in funzione delle qualità professionali possedute, in particolare della conoscenza specialistica della normativa e delle prassi in materia di protezione dei dati personali, nonché della conoscenza del settore di attività e della struttura organizzativa del titolare del trattamento.

Si tratta di figura professionale indispensabile nel processo anticorrottivo, stante che secondo i principi di cui al d.lgs. 33/2013, le PP.AA. sono tenute a pubblicare i dati e le informazioni specificamente previsti dal decreto stesso e dalle altre normative di settore con le cautele imposte nel caso in cui la pubblicazione riguardi dati personali, in particolare, i dati sensibili (ora, "categorie particolari di dati personali") e giudiziari (ora, "dati personali relativi a condanne penali e reati o a connesse misure di sicurezza"). L'art. 7 bis, comma 4, del d.lgs. 33/2013 prevede, infatti, che «nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione». Ancora, laddove le amministrazioni intendano rendere trasparenti anche i dati che non hanno l'obbligo di pubblicare, cd. dati ulteriori, esse possono pubblicarli on line sui siti web (cd. trasparenza proattiva), avendo, tuttavia, il dovere di espungere i dati personali per il rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e, comunque, nel rispetto dei limiti che il legislatore ha fissato

all'art. 5 bis del d.lgs. 33/2013 relativi all'accesso civico generalizzato (art. 7 bis, comma 3, del d.lgs. 33/2013).

3.3.3. Mappatura dei processi - aree di rischio

Nel corso del 2023 L'ASL Sulcis Iglesiente ha subito una profonda e lunga riorganizzazione con l'adozione dell'Atto Aziendale di cui ai seguenti atti sono espressione della complessità del processo attuati:

- Deliberazione della Giunta Regionale n° 30/73 del 30/09/2022, avente ad oggetto “Indirizzi per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende Socio Sanitarie Locali (ASL) – Approvazione definitiva”, con la quale sono state approvate in via definitiva le linee guida di cui all'art. 16, comma 1, della L.R. n. 24/2020
- Deliberazione del Direttore Generale n° 344 del 30/11/2022 con cui è stato adottato l'Atto Aziendale della ASL Sulcis;
- Deliberazione Giunta Regionale n° 40/39 del 28/12/2022, ha richiesto alla ASL Sulcis, ai sensi dell'art. 16, comma 2, della L.R. n. 24 del 11/09/2020, di apportare modifiche e integrazioni al suddetto Atto Aziendale nei termini indicati nella stessa Delibera;

Deliberazione del Direttore Generale n. 25 del 27/01/2023 è stato riadottato l'Atto Aziendale, redatto secondo le modifiche ed integrazioni disposte dall'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità con la suindicata Deliberazione G.R. n. 40/39 del 28/12/2022;

Deliberazione della Giunta Regionale n° 6/13 del 24/02/2023, ha richiesto, di apportare al suddetto Atto Aziendale ulteriori modifiche e integrazioni

Deliberazione del Direttore Generale n° 119 del 24/03/2023 è stata recepita la suindicata Deliberazione G.R. n° 6/13 del 24/02/2023 e sono state apportate ulteriori modifiche ed integrazioni; Deliberazione del Direttore Generale n° 139 del 05/04/2023 l'Azienda ha formulato una nuova proposta di atto aziendale;

Deliberazione Giunta Regionale n° 17/38 del 04/05/2023 ha dichiarato conforme l'Atto Aziendale;

Deliberazione del Direttore Generale n. 213 del 16/05/2023 di adozione dell'Atto aziendale.

Al momento della stesura di questo secondo Piano, la ASL Sulcis Iglesiente sta affrontando la delicata fase operativa dell'implementazione dell'Atto aziendale la cui elaborazione ed adozione ha caratterizzato tutto l'arco temporale del primo piano.

Si vuole evidenziare che “mappare” i processi significa descriverne l'articolazione e le responsabilità coinvolte generando un catalogo dei processi che rappresenta l'insieme di riferimento per individuare e valutare i rischi di corruzione ed illecito. Pertanto, in considerazione della situazione sopra descritta, non è stato possibile sviluppare e presentare nel PTPCT 2025-2027 un catalogo dei rischi aggiornato:

resta quindi valido come già specificato il catalogo e il rating di cui al PTPCT 2022-2024. Si rimanda l'attivazione di un nuovo ciclo di analisi del rischio di corruzione al pieno completamento del processo di riorganizzazione della ASL Sulcis Iglesiente

Rimangono valide le analisi condotte nel Piano precedente in riferimento alle principali aree di rischio che di seguito declinati:

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

- Autorizzazione o concessione
- Acquisti di beni, servizi e lavori
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati

Nella configurazione del Legislatore regionale rimane invece di competenza dell'Ares l'area dei "Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera"

Aree di rischio generali (da aggiornamento PNA 2015):

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

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

- Attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero;
- Attività distrettuali;
- Medicina convenzionata carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Attività libero professionale/liste di attesa.
- Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.

3.3.4- Valutazione del livello di esposizione al rischio di corruzione delle articolazioni aziendali-

Individuazione della attività rischio

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.

3.3.5 Trattamento del Rischio- Le misure obbligatorie generali di anticorruzione

L'attuazione e implementazione di molte misure di prevenzione generali e speciali definite nel precedente Piano è stata molto più lenta del previsto, data l'incidenza dei seguenti fattori:

- il profondo e persistente processo di riorganizzazione;
- le resistenze culturali al cambiamento;
- la mancata digitalizzazione di molti processi;
- l'eccezionalità della situazione di contesto regionale, nazionale e internazionale.

L'adozione di questo secondo PTPCT 2025-2027 rappresenta la prima e generale misura anticorruptiva cui fanno seguito:

- Il Codice di Comportamento;
- La gestione del conflitto di interessi;
- Incompatibilità e inconfiribilità di incarichi;
- La rotazione del personale;
- Il divieto di patoufflage;
- 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

L'adozione del "Codice di comportamento" da parte delle Pubbliche Amministrazioni costituisce una delle principali misure obbligatorie e trasversali previste dalla legge n. 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione. L'ASL Sulcis iglesiente ha approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 669 del 30/08/2024 il proprio Codice di Comportamento aziendale ossia calato nella realtà organizzativa e non meramente riproduttivo del Codice generale (D.P.R. n. 62/2013 come modificato dal D.P.R. n. 81 del 2023) così come a più riprese ha raccomandato l'ANAC con le sue Linee guida (delibera n. 75 del 24 ottobre 2013; Delibera n. 358 del 29 marzo 2017, specifica per gli

enti del SS,).

Il Codice di Comportamento della ASL Sulcis Iglesiente è pubblicato in Amministrazione Trasparente sezione Atti Generali.

L'obiettivo per il primo anno di vigenza del Codice di Comportamento consiste nell'avviare una verifica entro il 30 agosto 2025 in collaborazione con l'UPD sulla effettiva osservanza delle sue disposizioni, sulla necessità di modifiche o integrazioni ed eventuali violazioni da segnalare all'ANAC. Il monitoraggio sull'osservanza del Codice di Comportamento ha cadenza annuale e ogni anno è prevista una relazione dei Dirigenti dei Servizi e U.O. da presentare alla RPCT entro il 30 agosto.

Il conflitto di interesse

Tra le misure obbligatorie generali ex Legge n. 190/2012 vi è anche l'astensione del dipendente da decisioni e attività quando si trovi in una situazione di conflitto di interessi.

Al fine di rendere puntuale l'applicazione della misura, nel Codice di Comportamento aziendale è stata dedicata particolare attenzione sia alla descrizione della fattispecie, con il richiamo dei criteri per individuarla indicati nelle Linee guida ANAC approvate dall'Autorità con delibera n.358 del 29/03/2017, sia adottando nuova e distinta modulistica per le dichiarazioni di assenza o di insorgenza della situazione di conflitto di interessi pubblicata in Amministrazione Trasparente come allegati del Codice di Comportamento.

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 anti corruttive 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 subito un rallentamento dovuto a difficoltà organizzative legate alla mancanza di un dirigente del Servizio Acquisti Beni e Servizi. Peraltro, è fondamentale che il personale (dirigenti e funzionari) impegnato in procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, indipendentemente dalla fase del processo e dall'importo, rilasci una dichiarazione attestante l'insussistenza di conflitto di interesse e/o incompatibilità con l'impresa aggiudicataria e con la seconda classificata.

La misura in questione sarà attuata già dai primi mesi del 2025 così come di seguito specificato: entro settembre 2025 il nuovo responsabile del SC ABS, in collaborazione con il Dirigente del Servizio Affari generali e legali e la RPCT, definirà le ipotesi di incompatibilità/conflitto di interesse con l'impresa aggiudicataria e con la seconda classificata, e anche dei possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari con predisposizione della relativa modulistica

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

L'omissione delle dichiarazioni di cui sopra integra, per i dipendenti pubblici, un comportamento contrario ai doveri d'ufficio e sanzionabile. La sussistenza di un conflitto di interesse relativamente ad una procedura di gestione di un contratto pubblico comporta il dovere di astensione dalla partecipazione alla procedura, in caso contrario il dipendente ne risponderà con sanzioni penali, amministrative e disciplinari.

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

- nell'adozione di cautele aggiuntive rispetto a quelle ordinarie in materia di controlli, comunicazione, pubblicità;
- nell'intervento di altri soggetti con funzione di supervisione e controllo;

- nell'adozione di obblighi più stringenti di motivazione delle scelte adottate, soprattutto con riferimento alle scelte connotate da un elevato grado di discrezionalità.

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

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

Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali

Il d.lgs. n. 39/2013 (Capi II, III e IV), ha identificato sia delle ipotesi di inconferibilità degli incarichi dirigenziali (in caso di particolari attività/incarichi precedenti o nel caso in cui i soggetti chiamati ad assumere l'incarico siano stati condannati penalmente per delitti contro la pubblica amministrazione), sia delle ipotesi di incompatibilità (relative al contemporaneo svolgimento di più attività/incarichi).

Obiettivo del legislatore, in un'ottica di prevenzione, è da un lato evitare il concretizzarsi di rischi corruttivi derivanti da pratiche collusive che potrebbero nascere dalle particolari cariche ricoperte e, dall'altro, evitare in via precauzionale l'affidamento di incarichi a soggetti condannati, anche se con sentenza non ancora passata in giudicato.

L'attività di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte dell'RPCT è disciplinata dalla Determinazione di cui alla Delibera 833 del 6 agosto 2016 di ANAC.

Annualmente, la RPCT rinnova la richiesta nei confronti di tutti i dirigenti di aggiornare le proprie dichiarazioni in materia di assenza di cause di inconferibilità/incompatibilità all'assunzione dell'incarico ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 39/2013. Acquisite dall'ufficio, le predette dichiarazioni vengono tempestivamente pubblicate nella sottosezione di Amministrazione Trasparente. La procedura, inoltre, è prontamente attivata in caso di conferimento di nuovi incarichi dirigenziali.

La verifica della veridicità delle dichiarazioni sottoscritte spetta alla Direzione Risorse Umane e Organizzazione.

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 trasmette 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 secondo quanto disposto dal regolamento aziendale per i controlli sulle autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive di notorietà approvato con delibera del Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente n.955 del 13/12/2024.

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 di cui sopra. 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.

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.

- Revolving door-pantouflage - Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.

L'obiettivo di questa misura obbligatoria è evitare che il dipendente possa sfruttare la posizione di responsabilità all'interno dell'ente per ottenere vantaggi successivi da parte di soggetti con cui è entrato in contatto durante lo svolgimento della sua regolare attività professionale. Durante l'attività lavorativa si configurerebbe un affievolimento della tutela dell'interesse generale per vantaggi personali.

Ai fini delle prescrizioni e dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, devono considerarsi dipendenti della PA – ai quali è precluso avere rapporti professionali con i privati destinatari dell'esercizio delle loro funzioni nei tre anni successivi alla conclusione del rapporto di lavoro - anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al d.lgs. 39/2013, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisca un rapporto di lavoro subordinato o autonomo. L'attuazione della misura si sostanzia:

- nell'introduzione di clausole contrattuali che vietino ai dipendenti di svolgere attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro nei confronti di destinatari di provvedimenti adottati con l'apporto decisionale del dipendente;
 - nell'inserimento nei bandi di gara della condizione di non aver concluso contratti di lavoro con ex dipendenti che nei tre anni precedenti abbiano esercitato poteri negoziali per conto delle PA nei loro confronti e nell'esclusione dai bandi di gara di quei soggetti per i quali si sia accertata tale situazione.
- 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)

L'art. 54-bis ("Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti") del d.lgs. n.165 del 30 marzo 2001, ha istituzionalizzato nel nostro ordinamento giuridico il c.d. whistleblowing, ovvero la segnalazione di illeciti da parte del dipendente pubblico. Si tratta di una disciplina che prevede una misura di tutela tipica di altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito e la prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

L'articolo 54 -bis citato, in particolare, ha introdotto:

- la tutela dell'anonimato del dipendente che effettua la segnalazione di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro (fattispecie diversa dalla segnalazione anonima);
- il divieto di azioni discriminatorie (molestie o ritorsioni di altro genere) nei confronti della persona che ha denunciato l'illecito;
- l'esclusione, salvo eccezioni opportunamente disciplinate, dell'accesso a tutti i documenti che riguardano la segnalazione.

A seguito delle ultime novità introdotte dal D.lgvo 24/2023, che ha recepito in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, l'ASL Sulcis Iglesiente ha provveduto a dotarsi del Regolamento sulla gestione delle segnalazioni Whistleblowing adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 694 del 03/09/2024.

Il Regolamento in questione ha provveduto ad aumentare i canali di segnalazione interni attraverso i quali il soggetto può segnalare una violazione del diritto dell'U.E. o del diritto nazionale con conseguente lesione di un interesse pubblico o dell'integrità di un'amministrazione pubblica, di cui lo stesso è venuto a conoscenza nel proprio contesto lavorativo.

I canali interni per la segnalazione sono:

- a) Canale interno scritto per posta interna

La segnalazione può essere inoltrata in forma scritta tramite posta interna –protocollo generale avendo cura di inserire la segnalazione in una busta chiusa con la dicitura "RISERVATA PERSONALE",

indirizzata a Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Azienda Sanitaria Locale n. 7 Sulcis Iglesiente.

b) Canale interno posta elettronica: è possibile inviare la segnalazione all'indirizzo email rptc@aslsulcis.it

La documentazione cartacea prodotta viene conservata e custodita sotto chiave, in armadi accessibili esclusivamente dalla RPCT .

c) Canale interno orale Per le segnalazioni in forma orale, la persona segnalante può contattare la RPCT, richiedendo disponibilità per un colloquio telefonico o, eventualmente, un incontro personale. L'incontro viene fissato entro 15 giorni dalla richiesta, sempre nel rispetto del massimo livello di sicurezza e di tutela della riservatezza del segnalante. Le segnalazioni in forma orale vengono verbalizzate e il verbale deve essere firmato dalla persona segnalante, affinché sia processato.

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

La misura della trasparenza

Gestione dei flussi informativi

La sezione Amministrazione Trasparente (AT) rappresenta la principale modalità, insieme alla Home Page del sito istituzionale, attraverso la quale l'Azienda veicola verso l'esterno le informazioni essenziali che riguardano il proprio funzionamento e le attività che realizza "allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 1 dlgs 33/2013).

Ai sensi del disposto dell'art. 10 del d.lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, si è provveduto a rappresentare nella tabella di cui all'Allegato 4 i flussi per la pubblicazione dei dati. Più specificamente nella summenzionata tabella:

- sono stati individuati gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività della Asl Sulcis Iglesiente. previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.: in essa sono indicati i nuovi dati la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal d.lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016;
- sono identificati gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati;

sono definite le tempistiche per la pubblicazione, l'aggiornamento e il monitoraggio

La RPCT svolge stabilmente un'attività di controllo, assicurando, ai sensi dell'art. 43, c. 1 d.lgs. n. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, e vigila sul corretto adempimento "segnalando agli organi di indirizzo politico, all'organismo di valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio dei procedimenti disciplinari, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione". È quindi assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione che non sostituisce gli uffici nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati. I dirigenti responsabili degli uffici della ASL Sulcis Iglesiente sono tenuti a garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Il flusso di informazioni per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione non è automatizzato e si basa perciò sulla richiesta, sollecitazione e successiva collaborazione degli uffici titolari delle informazioni all'RPCT. Più specificatamente, i dirigenti responsabili delle Strutture e dei Servizi dell'Azienda indicati nella tabella ALL 4 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 via mail nei tempi indicati, sia all'Ufficio Comunicazione che alla RPCT competenti l'uno a compiere le operazioni di inserimento nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, l'altro ad effettuare una previa verifica della regolarità degli atti trasmessi. In tali condizioni il rischio di errore umano è ovviamente elevato oltre che richiedere un alto impegno e dispendio di tempo. Al fine di implementare l'efficacia dei monitoraggi, le RPCT rende edotto l'OdV con cadenza periodica in ordine allo stato di aggiornamento delle sottosezioni di Amministrazione Trasparente e ad eventuali problematiche afferenti all'elaborazione e trasmissione dei dati.

Trasparenza e normativa sulla tutela dei dati personali

L'adempimento degli obblighi di trasparenza viene attuato dall'Azienda nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito RGPD) e al Codice in materia di protezione dei dati personali come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, assicurando il rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, integrità, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento.

La ASL Sulcis Iglesiente ha provveduto, in adempimento dell'art. 37 del RGDP, ad affidare ad un soggetto esterno, la Società Karanoa S.r.l., il ruolo di Responsabile della protezione dati con contratto in scadenza nell'aprile 2025, mancando figure professionali interne all'Azienda idonee a svolgere, il delicato compito di ricercare il giusto equilibrio tra due esigenze contrapposte: quella della trasparenza e della privacy.

Pertanto uno dei primi adempimenti dell'Azienda per l'anno 2025 sarà quello di un nuovo affidamento del Servizio di responsabile della protezione dati, figura indispensabile di riferimento per il RPCT.

Accesso civico cd. semplice e accesso civico generalizzato

L'Azienda applica il "Regolamento aziendale in materia di accesso agli atti documentale, civico semplice e civico generalizzato" adottato dal Commissario Straordinario ATS il 24/12/2020.

Il documento disciplina i criteri e le modalità per l'esercizio di tutte le forme normativamente previste di accesso a documenti, dati ed informazioni detenuti dall'Azienda, dall'accesso civico obbligatorio, da parte di chiunque ne abbia interesse (ai sensi dell'art. 5, co. 1, d.lgs. n. 33/2013), a documenti, informazioni e dati soggetti ad un obbligo di pubblicazione, all'accesso civico generalizzato, ossia al diritto di chiunque, ai sensi dell'art. 5, c. 2 dello stesso decreto trasparenza, di accedere a dati e documenti ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione nonché al diritto di accesso ai documenti amministrativi formati o detenuti dall'Autorità ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241.

Nel corso del 2024 la RPCT ha provveduto a riorganizzare i contenuti della pagina della sottosezione di primo livello Altri contenuti-Accesso civico, inserendo delle linee guida per le diverse tipologie di accesso con relativa modulistica e inserendo i Registri degli accessi per ciascun anno separatamente per ciascun Servizio/U.O. L'elenco delle richieste viene aggiornato semestralmente, come indicato nell'Allegato 1 delle Linee Guida A.N.AC. - Delibera n. 1309/2016.

A seguito delle attività di monitoraggio è stata evidenziata la necessità di una procedimentalizzazione specifica per la gestione delle istanze di accesso a qualsiasi titolo pervenute e di una formazione per i vari destinatari delle diverse istanze di accesso, il che costituirà il primo obiettivo per l'anno 2025.

Collegamenti tra il PTPCT e gli altri strumenti di programmazione

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2025-2027 deve armonizzarsi con gli strumenti di programmazione e controllo esistenti in Azienda nonché con gli altri strumenti del ciclo di gestione della performance.

Risulta indispensabile, infatti, un coordinamento tra le azioni definite nell'ambito del presente Piano e quelle indicate negli altri documenti programmatici.

Gli obiettivi di prevenzione della corruzione, ovvero le misure, devono essere riportati, conseguentemente, nei documenti di pianificazione funzionali alla valutazione della performance individuale e organizzativa in cui devono essere espressi come obiettivi operativi, con specificazione dei dirigenti e funzionari responsabili per l'attuazione.

Per questo è essenziale che sin dai primi mesi del primo anno di vigenza del Piano si formalizzi la costituzione di un tavolo permanente per la gestione del PIAO composto oltre che dalla RPCT e dalla funzionaria della SC Programmazione e controllo, anche dal dirigente del risk management e dai componenti dell'organismo di Internal Audit aziendale, presupposto indispensabile per consentire un reale allineamento ed integrazione tra i diversi Piani diretti alla creazione del "valore" pubblico aziendale.

Ai fini dell'attuazione del processo di prevenzione della corruzione e per la realizzazione di una buona governance, non si può più rimandare il coordinamento tra il sistema dei controlli interni (insieme di processi, procedure e documenti di regolamentazione posti in essere) e quanto previsto dalla normativa di diretto riferimento in materia, espressa anche attraverso le delibere elaborate dall'ANAC.

3.3.6. Monitoraggio sull'attuazione del PTPCT

Come previsto dal PNA19, il monitoraggio concerne tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio. In relazione a ciò, in occasione dell'avvio del monitoraggio periodico del PTPCT ovvero in qualsiasi momento se

ne ravvisi la necessità, i referenti/responsabili di misura avranno cura di segnalare alla RPCT le criticità e le problematiche di cui siano venuti a conoscenza nel corso dell'anno.

Inoltre, l'obiettivo del monitoraggio non è solo di verificare il grado di attuazione delle misure ma anche quello di acquisire elementi di giudizio sull'efficacia delle misure adottate in termini di mitigazione del rischio corruttivo associato ai processi, tenuto conto dei fattori abilitanti. Questa fase conoscitiva permette di ricavare elementi utili per avviare il processo di riponderazione dei livelli di rischio, in modo da poter valutare il rischio "residuo" associato a ogni processo in seguito alla concreta attuazione delle misure di mitigazione proposte. Il sistema di monitoraggio, oltre a fornire alla RPCT indicazioni aggiornate sullo stato di attuazione delle misure, sui relativi tempi, in caso di non attuabilità delle stesse induce a una ulteriore riflessione con le Direzioni/Uffici interessati, sulle misure alternative o complementari da proporre.

Tuttavia, le misure di monitoraggio e vigilanza sull'efficacia del PTPCT non riguardano soltanto le attività di semplice controllo sulla sua attuazione, ma si estendono agli interventi di implementazione e di miglioramento del suo contenuto.

Tali interventi comprendono:

- la predisposizione da parte del Responsabile, entro il 31 dicembre di ogni anno di una relazione annuale che riporta il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal Piano. Come indicato da ANAC con la delibera 148/2014 la relazione deve essere predisposta seguendo lo schema e il format di volta in volta comunicati da ANAC e pubblicati sul sito web;
- l'attività di audit svolta dall'Organismo di Vigilanza congiuntamente con l'RPCT, posto il sistema dei controlli interni, assume un rilievo cruciale nel sistema di prevenzione del rischio di corruzione;
- il monitoraggio semestrale dei risultati del PTPCT, attuata mediante la rilevazione dello stato di attuazione di ciascuna misura corredato da opportuna reportistica.

In linea generale, il monitoraggio effettuato consente di affermare che i processi individuati nelle aree di rischio necessitano di essere ancora presidiati con attenzione e che per alcune misure la piena realizzazione è ancora da perfezionare. Poiché dall'azione di monitoraggio del Piano discende l'obbligo di rivedere complessivamente le strategie e gli obiettivi e di ripercorrere lo stesso processo di gestione del rischio, si è ritenuto opportuno nel presente Piano non proporre ulteriori misure, ma di intervenire esclusivamente in ottica di miglioramento delle misure esistenti, riprogrammando la tempistica di attuazione nel prossimo triennio e agli esiti della nuova ponderazione del rischio connessa anche con l'aggiornamento del Modello Organizzativo Gestionale.

Allegati alla Sottosezione di programmazione Anticorruzione e Trasparenza PIAO 2025-2027

- 1 - Catalogo Processi;
- 2 – Tabella misurazione del rischio
3. Tabella Rischi e Misure generali e specifiche di prevenzione
4. 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.

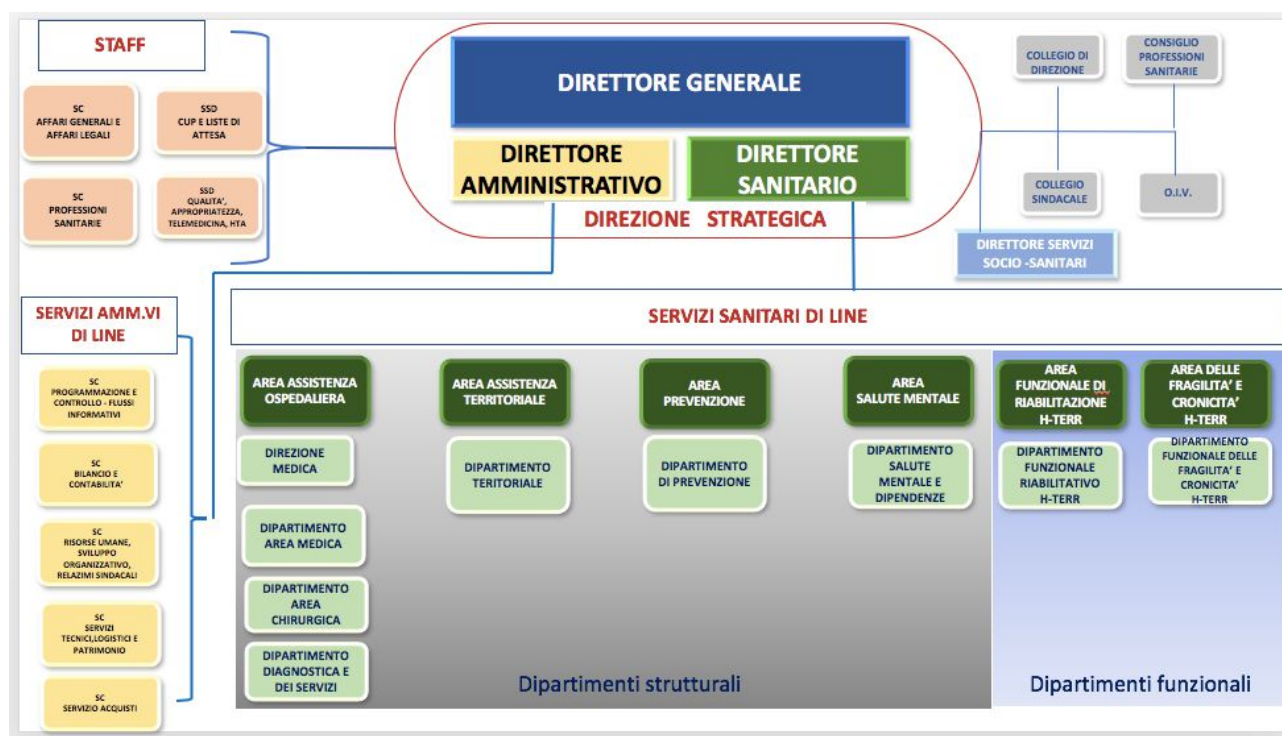
L'incarico del Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente è stato formalizzato con Delibera n. 1 del 10/01/2022, mentre le nomine del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sono state formalizzate rispettivamente con Deliberazione n. 298 e n. 299 del 02/11/2022. In seguito alla cessazione del Direttore Sanitario, con Delibera del Direttore Generale n. 937 in data 03/12/2024 si è provveduto alla nomina del nuovo Direttore Sanitario.

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 dà atto che, la ASL Sulcis Iglesiente con Delibera n. 52 del 31/01/2024 ha adottato il Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile, che costituisce documento integrante e sostanziale del presente piano. (Allegato n. 4)

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.

Nell'anno 2024 nella scrivente Azienda sono stati attivati n. 7 accordi individuali per la prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile.

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 2025 con Delibera del Direttore Generale n. 868 del 15/11/2024, contestualmente all'adozione del Bilancio Economico di Previsione 2025-2027, di cui il PTFP costituisce documento integrante e sostanziale, e che sarà oggetto di successivo aggiornamento a seguito delle ulteriori indicazioni regionali. (Allegato n. 5)

Il Piano del fabbisogno del personale è stato elaborato seguendo le indicazioni operative e gli schemi approvati dalla Giunta Regionale con la Deliberazione n. 46/42 del 22.11.2019, nonché gli indirizzi forniti dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale con nota prot. n. 28275 del 17/10/2024, avente ad oggetto "Redazione del Piano triennale del fabbisogno di personale per il triennio 2025-2027".

Nel Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027 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.

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.

Anche nell'anno 2025 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.

Nell'ambito dell'attuale sistema di reclutamento sopra citato, nella stima del fabbisogno complessivo del personale per il prossimo triennio si è proceduto con l'obiettivo di:

- assumere un numero di unità coerenti con le cessazioni certe previste al 31/12/2024;
- valorizzare e qualificare il personale, nei diversi ruoli e nei vari setting operativi (assistenziali, clinici, amministrativi);

- superare il precariato e valorizzare le professionalità acquisite dal personale con rapporto di lavoro flessibile attraverso il ricorso alle procedure di stabilizzazione e mediante la trasformazione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni lavorative stabili ed istituzionali ricoperte con contratti di lavoro a tempo determinato;
- migliorare l'integrazione ospedale-territorio, mediante il reclutamento di figure professionali in attuazione di progetti specifici che saranno avviati con finanziamenti vincolati assegnati alla scrivente Azienda;
- 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.

Come indicato al paragrafo 3.2 *Sezione Performance*, nell'area strategica *“Formazione del personale”*, con le Direttive del Ministero per la Pubblica Amministrazione del 23 marzo e del 28 novembre 2023 e la recente del 14 gennaio 2025, è stata sottolineata l'importanza della formazione e lo sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle capacità del personale come strumento fondamentale per il processo di rinnovamento della pubblica amministrazione.

Con la Direttiva del 23 marzo avente ad oggetto *“Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”* sono state fornite una serie di indicazioni metodologiche e operative per la pianificazione, la gestione e la valutazione delle attività formative del personale.

Nella Direttiva del 28 novembre 2023 avente ad oggetto *“Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale”*, oltre che dettare indicazioni in merito alle modalità operative da adottare per la misurazione e la valutazione della *performance* individuale del personale delle amministrazioni pubbliche, di livello dirigenziale e non, la Direttiva ribadisce il ruolo fondamentale della formazione nella valutazione individuale. In particolare per i dirigenti prevede la necessità di *“stabilire priorità formative sia per il perfezionamento delle competenze personali, sia per l'efficace svolgimento del ruolo dirigenziale, al fine di poter guidare con successo il personale assegnato e fungere da leader del cambiamento nell'organizzazione”*.

Con la recente Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025 in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano, vengono indicati gli obiettivi, gli ambiti di formazione trasversali e gli strumenti a supporto della formazione del personale.

Nella Direttiva citata la promozione della formazione viene individuata come uno “*specifico obiettivo di performance di ciascun dirigente*”, il quale deve garantire il conseguimento di un numero non inferiore alle 40 ore di formazione pro-capite annue per i dipendenti.

La Direttiva del 14 gennaio u.s. rammenta che la centralità della formazione viene evidenziata anche nel PNRR, ove la formazione viene individuata “*quale strumento operativo di potenziamento e lo sviluppo del capitale umano necessario per cogliere gli obiettivi della transizione digitale, amministrativa ed ecologica*”.

Nell’ambito del PNRR per la formazione, intesa come miglioramento delle performance del personale pubblico, vengono definite cinque principali aree di competenza comuni a tutte le amministrazioni:

- Competenze per la transizione amministrativa;
- Competenze per la transizione digitale;
- Competenze per la transizione ecologica;
- Competenze di Leadership e Soft Skills;
- Competenze relative a principi e valori in materia di etica, inclusione, parità di genere e contrasto alla violenza, privacy, prevenzione della corruzione, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, trasparenza e integrità.

Come rammentato nella *Sezione Performance*, area strategica “*Formazione del personale*”, la riforma regionale del SSR pone in capo ad ARES, in maniera centralizzata, lo svolgimento delle funzioni di supporto tecnico all’attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale in qualità di *provider*.

Di seguito si riportano le fasi che hanno portato alla definizione del fabbisogno formativo per l’anno 2025 e alla adozione da parte di ARES Sardegna, con Delibera n. 347 del 24/12/2024, del Piano Annuale della Formazione (PAF), nel cui allegato A, alla pagina n.17, sono riportate le proposte formative per l’anno 2025 della ASL Sulcis Iglesiente (Allegato n. 6 e n.6a) :

- ARES Sardegna, in qualità di Provider, con nota PG/2024/0061447 del 10/10/2024 ha avviato un confronto con la Direzione della ASL Sulcis Iglesiente per la rilevazione dei bisogni formativi per l’anno 2025;
- 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 del fabbisogno formativo *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 2025.

In linea con la Missione 6 C.2 del PNRR, Ares Sardegna nell'ambito delle proprie competenze in materia di “*sanità digitale*” ha attivato un nuovo progetto formativo denominato MEDS - Medicina Digitale Sardegna che ha come obiettivo la promozione delle competenze digitali del SSR. Detto progetto formativo permette ai professionisti del SSR, e quindi anche al personale della scrivente Azienda, di approfondire conoscenze e acquisire competenze avanzate in ambito digitale.

Nel prossimo triennio la ASL Sulcis Iglesiente, al fine di assicurare una formazione diffusa del proprio personale nell'ambito delle Aree di competenza previste nella strategia del PNRR, intende utilizzare sia i progetti formativi avviati dagli uffici competenti di Ares Sardegna, sia attivarsi nella diretta realizzazione di eventi formativi finalizzati a far conseguire a specifiche tipologie di dipendenti un più alto grado di operatività ed autonomia in relazione alle funzioni assegnate

Nell'ambito degli obiettivi performance, si programma di assegnare alle Strutture aziendali obiettivi formativi di carattere generale, potenzialmente rivolti a tutti i dipendenti, come la formazione obbligatoria e quella relativa allo sviluppo delle competenze digitali, nonché obiettivi formativi specifici relativi a particolari figure professionali.

Al riguardo si rinvia alla tabella sintetica degli obiettivi operativi indicata al paragrafo 3.2 *Sezione Performance*, area strategica “*Formazione del personale*”.

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 2025 – 2027 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 RPCT 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;
- accerta il raggiungimento degli obiettivi dei programmi formativi delle amministrazioni, in particolare, il conseguimento degli obiettivi formativi dei dirigenti e dipendenti inseriti nei piani della *performance*.

Allegati del PIAO 2025-2027:

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 2025 adottato con Delibera D.G. n 868 del 15/11/2024;
3. Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza Anno 2025/2027:
 - 3a) Catalogo Processi
 - 3b) Tabella misurazione del rischio
 - 3c) Tabella Rischi e Misure generali e specifiche di prevenzione
 - 3d) Tabella obblighi di pubblicazione
4. Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile della ASL Sulcis Iglesiente (Delibera D.G. n. 52 del 31/01/2024);
5. Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2025-27 della ASL Sulcis Iglesiente (Delibera DG n. 868 del 15/11/2024);
6. Piano Annuale della Formazione (PAF) 2025 ARES - Delibera n. 347 del 24/12/2024 - Allegato A;