
PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023-2025

ASL Medio Campidano

Sommario

PREMESSA	1
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	2
1.1 Dati identificativi dell'ente	2
1.2 Analisi del contesto esterno	2
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE	5
2.1 Valore Pubblico	5
2.2 La performance	10
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	11
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	37
3.1 Struttura Organizzativa	37
3.2 Organizzazione del lavoro agile	39
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	45
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO	50

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, modificato dalla legge n. 113 del 6 agosto 2021, il cui regolamento recante la definizione del contenuto è stato approvato con decreto n. 132 del 30 giugno 2022, è un documento unico che riunisce tutta la programmazione finora inserita dalle Pubbliche amministrazioni in piani differenti (Piano della performance, Piano del lavoro agile (POLA), Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), Piano del fabbisogno del personale e Piano della Formazione del Personale). Il PIAO ha durata triennale e viene aggiornato annualmente. Il presente documento costituisce l'aggiornamento annuale del PIAO della ASL Medio Campidano, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 201 del 30.06.2022. In ottemperanza a quanto stabilito dal predetto regolamento esso è articolato nelle seguenti sezioni:

- 1) Scheda anagrafica dell'amministrazione.
 - 1.1 Dati identificativi dell'ente
 - 1.2 Analisi del territorio
- 2) Valore pubblico, performance e anticorruzione:
 - 2.1 Valore Pubblico
 - 2.2 La performance
 - 2.3 I rischi corruttivi e la trasparenza;
- 3) Organizzazione e capitale umano
 - 3.1 Struttura organizzativa
 - 3.2 Organizzazione del lavoro agile
 - 3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale composto dalle seguenti sottosezioni:
 - Rappresentazione della consistenza del personale al 31 dicembre 2022
 - Programmazione strategica delle risorse umane
 - Obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse
 - Strategia di copertura del fabbisogno
 - Formazione del personale
- 4) Monitoraggio

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Con la legge Regionale n. 24 del 11.09.2020 di 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 stata istituita l'Azienda socio sanitaria locale n. 6 del Medio Campidano.

1.1 Dati identificativi dell'ente



Ragione Sociale	Azienda Socio Sanitaria Locale n. 6 del Medio Campidano
Direttore Generale	Dr. Giorgio Carboni
Direttore Sanitario	Dr. Francesco Benedetto Ronchi
Direttore Amministrativo	Dr.ssa Federica Pillai
Sito istituzionale	www.aslmediocampidano.it
Indirizzo PEC	protocollo@pec.aslmediocampidano.it
Indirizzo mail	direzione.generale@aslmediocampidano.it
Sede legale	Via Ungaretti n. 9 – 09095 Sanluri -SU
Partita IVA	03990320925
Codice Fiscale	03990320925

1.2 Analisi del contesto esterno

L'ambito territoriale della ASL Medio Campidano comprende 28 comuni (fig. 1), si estende per 1.516,19km² (il 6,3 % del territorio sardo), conta 92.163 abitanti e possiede una densità di popolazione pari a 60 abitanti per km².

Il territorio è composto prevalentemente da comuni di piccole dimensioni a fronte di pochi comuni di medio-grandi dimensioni dove si trova la maggior concentrazione della popolazione.

Esso è suddiviso in due Distretti Sanitari: Guspini e Sanluri:

- Il *Distretto Sanitario di Sanluri* comprende 21 comuni, (Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru e Villanovafranca) con una popolazione complessiva di 41.380 abitanti distribuiti su una superficie di 583,82 km² (densità media 71,06 abitanti per km²).
- Il *Distretto Sanitario di Guspini* è composto da 7 comuni, (Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara e Villacidro) con una popolazione complessiva di 50.783 abitanti distribuiti su una superficie di 933,51 km² (densità media 54,37 abitanti per km²).



Figura 1

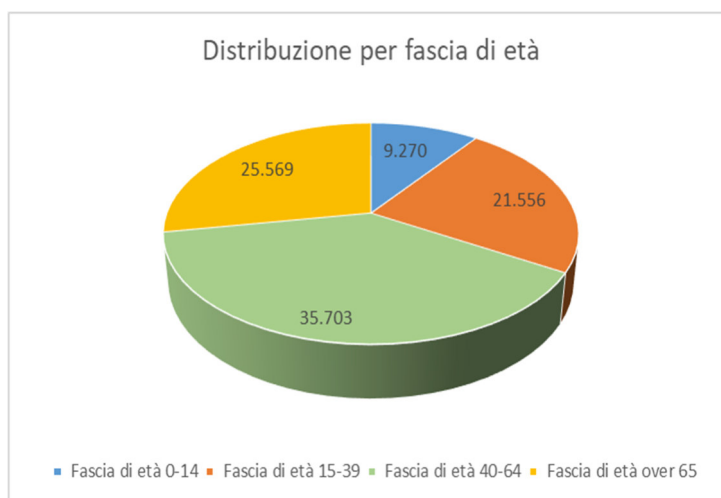


Figura 2

Popolazione e densità di popolazione

Comune	Maschi	Femmine	Popolazione Totale	Km	Densità
Arbus	2.910	2.959	5.869	269,12	22
Barumini	592	586	1.178	26,40	45
Collinas	384	390	774	20,83	37
Furtei	769	758	1.527	26,11	58
Genuri	149	165	314	7,51	42
Gesturi	559	594	1.153	46,83	25
Gonnosfanadiga	2.986	3.199	6.185	125,19	49
Guspini	5.452	5.608	11.060	174,67	63
Las Plassas	118	97	215	11,04	19
Lunamatrona	789	845	1.634	20,59	79
Pabillonis	1.273	1.237	2.510	37,42	67
Pauli Arbarei	283	282	565	15,14	37
Samassi	2.347	2.470	4.817	42,04	115
San Gavino Monreale	3.947	4.172	8.119	87,40	93
Sanluri	3.971	4.141	8.112	84,23	96
Sardara	1.888	1.936	3.824	56,23	68
Segariu	547	552	1.099	16,69	66
Serramanna	4.253	4.361	8.614	83,84	103
Serrenti	2.314	2.243	4.557	42,78	107
Setzu	69	64	133	7,77	17
Siddi	302	294	596	11,02	54
Tuili	464	482	946	24,59	38
Turri	200	191	391	9,60	41
Ussaramanna	253	240	493	9,76	51
Villacidro	6.558	6.658	13.216	183,48	72
Villamar	1.243	1.214	2.457	38,53	64
Villanovaforru	317	294	611	10,93	56
Villanovafranca	608	586	1.194	27,59	43
Totali	45.545	46.618	92.163	1.517,33	1.627

Distribuzione popolazione per fascia di età



Classe d'età	Totale	%
0-14	9.335	10%
15-39	21.556	23%
40-64	35.703	39%
65 +	25.569	28%

Tabella 2 - Distribuzione per fascia di età

La *tabella 2* evidenzia una bassa natalità che sta generando non solo una diminuzione della popolazione ma anche un forte squilibrio strutturale tra il sempre maggiore numero di anziani e il minor numero di nuovi nati.

Rappresentativo di questo fenomeno è l'indice di invecchiamento, che misura in percentuale il numero di anziani (oltre 65 anni) presenti nel territorio rispetto al numero di giovani (fascia di età 0-14 anni), tale rapporto nella nostra Azienda è pari al 274% ed è più alto sia rispetto al valore dell'indice regionale pari al 242% che di quello nazionale pari a 189.70%.

L'elevata percentuale di invecchiamento della popolazione comporta delle conseguenze sia a livello economico che a livello sociale e assistenziale. Infatti si ha la necessità di sostenere un numero maggiore di prestazioni sanitarie e socio sanitarie, poiché vi è un aumento delle malattie croniche, per cui è indispensabile il potenziamento del territorio con una diversificazione dei servizi, puntando sull'integrazione tra ospedale e territorio e sulla tipologia delle prestazioni e dei servizi da garantire, con una notevole incidenza di erogazione di prestazioni ricadenti nell'ambito della lungodegenza e della riabilitazione.

Altri indicatori demografici che sono stati analizzati confermano il trend di invecchiamento della popolazione quali:



- **indice di ricambio della popolazione attiva.** che nella nostra azienda è pari al 187%, dato dal rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). Essendo il valore superiore a 100 significa che la struttura per età è più anziana e che quindi la popolazione inattiva è maggiore di quella attiva, e conseguentemente la popolazione è meno dinamica e con una minore possibilità di adattamento al lavoro.
- **indice di dipendenza strutturale** (o totale) è un indicatore di rilevanza sociale ed economica e rappresenta il numero di individui non autonomi a causa dell'età (età inferiore ai 15 anni e superiore ai 65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64). L'indice di dipendenza nella ASL Medio Campidano è pari a 164; essendo un valore alto è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi. Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. Inoltre l'indicatore, esprimendola composizione della popolazione, evidenzia un maggior peso della componente senile rispetto a quella giovanile.

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

2.1 Valore Pubblico

Nella sottosezione 2.1 vengono rappresentate le finalità dell'azienda per la definizione del "Valore pubblico". Il Valore Pubblico può essere definito come l'incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.) che si viene a creare presso la collettività.

A tal proposito si esplicitano la *Mission e Vision dell'Azienda*:

L'Azienda sociosanitaria locale del Medio Campidano (ASL) assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

L'Azienda, per raggiungere i propri obiettivi e realizzare le proprie azioni strategiche, impiega un sistema orientato al miglioramento della qualità delle cure e adotta politiche e strumenti conseguenti quali:

- medicina e l'assistenza basata sull'evidenza (EBM);
- collaborazione con altri soggetti, per la produzione e mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
- gestione delle risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, efficienza ed equità operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;

- valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari;
- percorsi clinico assistenziali ed organizzativi;
- riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- audit e la gestione dei rischi;
- formazione e addestramento sistematico degli operatori;
- responsabilizzazione degli operatori dell'azienda con politiche di valorizzazione professionale e personale;
- gradimento e la fidelizzazione degli utenti e degli operatori;
- sviluppo di un adeguato sistema di gestione dei flussi informativi aziendali (economici, epidemiologici, sanitari, socio-demografici).

La **missione strategica** rappresenta l'**obiettivo dell'azienda**, ossia ciò che essa si prefigge di raggiungere e, quindi, il contributo positivo che la stessa intende apportare ai cittadini, alla propria comunità e alla società in generale.

La missione della Asl Medio Campidano è:

- sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione aziendale sia all'esterno, con le altre aziende del SSR e gli Enti Locali nonché con tutti gli altri "stakeholders" per la crescita di un sistema a rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali regionali per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati;
- sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti.

La **visione strategica**, è l'**obiettivo sul lungo periodo o una situazione auspicabile** e rappresenta l'ideale al quale l'azienda mira a raggiungere in un periodo compreso tra i cinque o dieci anni. L'azienda è improntata pertanto a:

- soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini garantendo le prestazioni previste dai LEA nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Sardegna, secondo i principi di equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza;
- aumentare il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e promuovere la qualità dell'assistenza.

Il combinato disposto degli obiettivi previsti dal DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN", del PNRR e della DGR 36/47 del 31.08.2021

“Piano preliminare regionale di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari” impone una profonda rivisitazione dell’organizzazione territoriale con anche particolare riguardo alla rete dell’assistenza primaria.

La tutela della salute viene esercitata dalla ASL Medio Campidano al fine di:

- a) garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza;
- b) tutelare il diritto fondamentale di salute dell'individuo e l'interesse della collettività nel rispetto dei criteri di efficienza ed efficacia;
- c) garantire la progressiva riduzione dei tempi d'attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie;
- d) riorganizzare la medicina territoriale al fine di avvicinare il cittadino all'erogazione di tutte le prestazioni sociosanitarie che non necessitano di percorsi di cura ospedalieri;
- e) riorganizzare la rete ospedaliera preservando le strutture utili alla produzione di servizi nei territori;
- f) garantire la prevenzione, anche attraverso gli screening e la promozione di corretti stili di vita con particolare riguardo all'attività motoria, alla pratica sportiva e all'educazione alimentare e ambientale;
- g) integrare forme innovative di assistenza come la telemedicina e favorire una sinergia virtuosa tra medicina del territorio e rete ospedaliera;
- h) garantire l'uniforme miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e sociosanitari;
- i) programmare lo svolgimento delle attività di prevenzione e controllo della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, igiene e sanità pubblica, salute e ambiente, sicurezza degli alimenti non di origine animale;
- j) programmare lo svolgimento dell’attività in tema di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sanità animale, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale;
- k) garantire il collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, l’integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, che si esplicita in particolare attraverso l’articolazione in distretti e con lo spostamento dei luoghi di cura dall’ospedale alla comunità locale, possibilmente al domicilio dell’assistito o in luoghi di prossimità al fine di migliorare la salute della popolazione;
- l) agevolare, con informazioni puntuali e personalizzate, la scelta consapevole degli utenti su prestazioni, servizi, sedi e modalità di erogazione;
- m) coinvolgere le organizzazioni di volontariato e di promozione sociale in iniziative di umanizzazione delle cure e costruzione del benessere della persona malata;
- n) garantire l'accesso alle informazioni sull'organizzazione e l'attività;

- o) favorire il controllo delle funzioni istituzionali, dell'impiego delle risorse, dei processi e dei procedimenti, attraverso l'aggiornamento continuo del proprio sito istituzionale e la pubblicazione della Carta dei Servizi Socio-Sanitari.

L'azienda per contribuire al raggiungimento del valore pubblico si prefige i seguenti obiettivi sottoriportati in tabella 1:

Tabella1_ Obiettivi di valore pubblico

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	CODICE OBIETTIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO	COD. IND.	DESCRIZIONE INDICATORE	DIRETTORE/STRUTTURA	STAKEHOLDER	TEMPSTICA	FONTE (RILEVAZIONE DATI)	BASELINE	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Salute	Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità	OBSIA09	Garantire il Benessere psico-fisico nell'ambiente di lavoro	ID106	Implementazione di un sistema di valutazione del Benessere in ambiente di lavoro	SSD Psicologia	Dipendenti	Annuale	SSD Psicologia	0	Predisposizione del documento entro il 31.12.2023	0	0
Salute	Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità	OBSIA09	Garantire il Benessere psico-fisico nell'ambiente di lavoro	ID108	N. di lavoratori presi in carico/n. di richieste pervenute	SSD Psicologia	Dipendenti	Annuale	SSD Psicologia	0	0	70% dei lavoratori presi in carico per il supporto psicologico	Mantenimento dello standard dell'anno precedente
Efficacia	Area della Sanità Pubblica e veterinaria	OBSPV01	Garantire la prevenzione al fine di evitare morti premature	ID075	Screening cervicale (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Dipartimento di prevenzione	Cittadini	Annuale	Sistemi informativi territoriali	37,5%	≥ 35%	≥ 35%	≥ 35%
Efficacia	Area della Sanità Pubblica e veterinaria	OBSPV01	Garantire la prevenzione al fine di evitare morti premature	ID076	Screening colorettaile: (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Dipartimento di prevenzione	Cittadini	Annuale	Sistemi informativi territoriali	20%	≥20%	≥20%	≥20%
Efficacia	Area della Sanità Pubblica e veterinaria	OBSPV01	Garantire la prevenzione al fine di evitare morti premature	ID077	Screening mammografico (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Dipartimento di prevenzione	Cittadini	Annuale	Sistemi informativi territoriali	27,6%	≥ 30%	≥ 30%	≥ 30%
Efficacia	Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità	OBSIA12	Rafforzare la prevenzione legata agli abusi di stupefacenti e di alcol al fine di ridurre le dipendenze	ID109	Attivazione di protocollo , condiviso con le scuole, per la prevenzione delle dipendenze	Dipartimento di salute mentale e dipendenze/SERD	Adolescenti	Annuale	Sistemi informativi territoriali	0	Predisposizione del documento entro il 31.12.2023	0	0
Efficacia	Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità	OBSIA12	Rafforzare la prevenzione legata agli abusi di stupefacenti e di alcol al fine di ridurre le dipendenze	ID138	N. di incontri informativi effettuati/n. di incontri programmati	Dipartimento di salute mentale e dipendenze/SERD	Adolescenti	Annuale	Sistemi informativi territoriali	0	0	100 % degli incontri informativi programmati	0
Efficacia	Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità	OBSIA12	Rafforzare la prevenzione legata agli abusi di stupefacenti e di alcol al fine di ridurre le dipendenze	ID139	% di adolescenti presi in carico	Dipartimento di salute mentale e dipendenze/SERD	Adolescenti	Annuale	Sistemi informativi territoriali	0	0	0	Riduzione del 30% di adolescenti presi in carico
Ambiente	Area dell'equilibrio economico-finanziario ed efficientamento energetico	OBEFE08	Contribuire all'efficientamento energetico con la sostituzione degli impianti obsoleti e con impianti di classe energetica più alta	ID103	Catalogazione degli impianti ed edifici esistenti con la loro rispettiva classe energetica al fine della loro sostituzione	Servizio Tecnico logistico e patrimonio	Direzione Aziendale/Cittadini	Annuale	Servizio Tecnico logistico e patrimonio	0	Predisposizione del documento di catalogazione degli impianti ed edifici entro il 31.12.2023	0	0
Ambiente	Area dell'equilibrio economico-finanziario ed efficientamento energetico	OBEFE08	Contribuire all'efficientamento energetico con la sostituzione degli impianti obsoleti e con impianti di classe energetica più alta	ID154	Programmazione degli investimenti delle risorse assegnate	Servizio Tecnico logistico e patrimonio	Direzione Aziendale/Cittadini	Annuale	Servizio Tecnico logistico e patrimonio	0	Elaborazione del documento di programmazione entro il 15.11.2023	0	0
Efficienza	Area dell'equilibrio economico-finanziario ed efficientamento energetico	OBEFE08	Contribuire all'efficientamento energetico con la sostituzione degli impianti obsoleti e con impianti di classe energetica più alta	ID155	% di utilizzo delle risorse vincolate per la sostituzione degli impianti	Servizio Tecnico logistico e patrimonio	Direzione Aziendale/Cittadini	Annuale	Servizio Tecnico logistico e patrimonio	0	10%	50%	70%
Efficacia	Area della Sanità Pubblica e veterinaria	OBSPV09	Miglioramento della salute riproduttiva	ID061	N° parti cesarei primari/N° parti con nessuna pregresso cesareo*100	Sc Ostetricia e Ginecologia	Popolazione femminile	Annuale	Sistema informativo ospedaliero	16,70%	≤ 15%	≤ 15%	≤ 15%
Ambiente	Area dell'equilibrio economico-finanziario ed efficientamento energetico	OBEFE09	Garantire l'adozione delle procedure per le attività di controllo e vigilanza del rischio amianto	ID144	n. di piani di lavoro bonifiche amianto /n. di richieste pervenute	SPRESAL	Cittadini	Annuale	SPRESAL	0	100%	100%	100%

2.2 La performance

La presente sottosezione “Performance” viene intesa come il contributo che le varie componenti organizzative (individui, gruppi di individui, unità organizzative, ente nel suo complesso) apportano attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell’azienda sanitaria per la soddisfazione dei bisogni della collettività. Per cui la mission, la strategia aziendale, le aree strategiche, vengono raggiunte con l’attribuzione di obiettivi i cui risultati vengono misurati e valutati attraverso gli strumenti di valutazione della performance.

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

In particolare l’azienda attraverso il ciclo della performance ritiene consolidare le azioni finalizzate alla:

- responsabilizzazione degli operatori attraverso l’attribuzione degli obiettivi strategici e operativi e delegando agli stessi tutti gli adempimenti da porre in essere al fine di garantire il pieno coinvolgimento di tutto il personale dirigenziale e di comparto;
- garanzia di un corretto utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- definizione di un adeguato Sistema di Reporting che controlli costantemente la programmazione fatta e chesia in grado di intervenire tempestivamente;
- perfezionamento del sistema informativo di contabilità analitica al fine di assicurare l’accuratezza e la tempestiva disponibilità dei dati necessari al calcolo degli indicatori quali condizioni necessarie alla realizzazione del monitoraggio degli stessi nel corso dell’esercizio di riferimento e di conseguenza garantire la possibilità di apportare eventuali correttivi;
- implementazione di una piattaforma software che consenta la rilevazione del gradimento degli utenti esterni che usufruiscono dei servizi delle strutture della ASL Medio Campidano e degli utenti interni in relazione ai servizi strumentali e di supporto erogati.

La Regione Autonoma della Sardegna (RAS), con deliberazione n. 4/62 del 16.02.2023, ha assegnato ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali gli obiettivi di performance per l’anno 2023.

Nell’allegato 1 del presente documento sono riportati gli obiettivi di Performance organizzativa, i quali saranno ulteriormente dettagliati e contestualizzati negli obiettivi di budget di ciascuna struttura aziendale, in un percorso condiviso e partecipato con l’assegnazione di obiettivi comuni a più strutture, secondo una logica di processo, oltre che con obiettivi specifici per ambito di funzione e attività di ciascuna articolazione organizzativa.

Allegati alla Sezione Performance:

- Allegato_1 Obiettivi di Performance

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Considerazioni introduttive

L'impianto organizzativo delle pubbliche amministrazioni è stato interessato da importanti novità nel sistema dell'anticorruzione e della trasparenza previste dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia".

Il legislatore ha introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), che deve essere adottato annualmente dalle amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n.165/2001 (escluse le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative) e in cui la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza è parte integrante, insieme ad altri strumenti di pianificazione, di un documento di programmazione unitario.

In base a quanto disposto dai commi 5 e 6 dell'art. 6 del citato d.l. n. 80/2021, sono stati emanati il d.P.R. del 24 giugno 2022 n. 81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e il D.M. del 30 giugno 2022 n. 132, "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" che hanno definito la disciplina del PIAO.

In tale rinnovato contesto normativo, in virtù della legge 6 novembre 2012, n. 190, l'ANAC, con la delibera n. 7 del 17/01/2023 ha adottato il PNA 2022, fondamentale atto di indirizzo a cui la ASL del Medio Campidano si attiene. Con la delibera del Direttore Generale n. 59 del 21.02.2023 si è concluso l'iter di approvazione dell'Atto Aziendale della ASL del Medio Campidano la quale, nata il 1° gennaio 2022 a seguito della riforma del Sistema Sanitario Regionale approvato con la Legge Regionale n. 24/2020, gode di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione. Non può non evidenziarsi, tuttavia, come all'atto della redazione della presente sottosezione, la costituita Asl del Medio Campidano sia in piena fase di implementazione ed allo stato attuale l'Atto aziendale non abbia ancora trovato piena attuazione, risultando ad oggi non ancora operative numerose strutture organizzative in esso contemplate. Al nuovo assetto verrà data attuazione con ulteriori atti organizzativi interni, creazione di strutture, attribuzioni di deleghe del Direttore Generale, conferimento di incarichi e acquisizione del personale necessario.

La presente sezione del PIAO, predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e

trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, definisce le strategie principali da individuare per la prevenzione ed il contrasto della corruzione intesa nel più ampio significato di cattiva amministrazione.

2.3.2 I Protagonisti della prevenzione della corruzione

La Direzione Aziendale

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

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

Il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT)

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 (con possibilità nell'annualità 2023 di differire al 31 marzo 2023 la pubblicazione del PIAO 2023 - 2025) 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 nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione;
- 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 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, la relazione recante i risultati dell'attività svolta e cura la trasmissione della stessa alla Direzione Generale dell'Amministrazione e all'Organizzazione Indipendente di Valutazione. 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.

I Dirigenti, i Direttori di Dipartimento/Servizio/ U.O. e tutti i responsabili di ufficio e incarico per l'area di competenza

- sono responsabili della corretta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione attinenti ai processi da loro gestiti;
- partecipano al processo di gestione del rischio, all'individuazione delle misure di contenimento del rischio e della corretta implementazione/attuazione delle misure;
- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questi abbiano elementi e riscontri per la predisposizione e il monitoraggio del Piano, nonché sull'efficace attuazione delle misure di prevenzione della protezione;
- 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);
- sono responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei regolamenti e delle procedure aziendali, delle disposizioni contenute nel PIAO e di tutte le misure, sia generali che specifiche, del monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure e del rispetto dei termini per l'implementazione di quelle nuove.

Organismo Indipendente di valutazione (OIV) 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.

L'Ufficio procedimenti disciplinari

L'Azienda con la Delibera del Direttore Generale n. 46 del 13.02.2023, rettificata con la deliberazione n. 95 del 16.03.2023, ha istituito il proprio Ufficio dei Procedimenti Disciplinari (UPD), mentre è ancora in fase transitoria l'attività di approvazione dei rispettivi regolamenti per il personale Dirigente e per il personale del Comparto Sanità, al fine dell'esercizio delle proprie funzioni come previste dalle vigenti norme in materia e nello specifico:

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

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.

La declinazione delle specifiche funzioni in materia e delle modalità organizzative di raccordo funzionale con le strutture ARES, coinvolte fino ad oggi nei vari processi, verrà stabilita in apposito protocollo operativo.

Una volta superata tale fase transitoria sarà opportuno declinare 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.

Il personale dipendente e i collaboratori dell'Azienda

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



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

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. Tutti i soggetti sopracitati sono tenuti, quindi:

- a partecipare al processo di gestione del rischio;
- ad osservare le misure contenute nel PIAO, Sez. PCT.;
- 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.

Il Responsabile dell’Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) e Soggetto Gestore per l’Antiriciclaggio

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

L'individuazione e la nomina di tale figura responsabile è stata operata con Deliberazione del Direttore Generale n. 9 del 21/01/2022. In riferimento alle indicazioni dell'ANAC (comunicato del 28 ottobre 2013) il RASA è incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa. Tale figura, inoltre, è individuata nella presente sezione del PIAO come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione e ad essa spetta l'obbligo informativo di implementazione della 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.

2.3.3 Valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione delle articolazioni aziendali. Individuazione delle attività a rischio.

Le sopracitate riforme introdotte con il PNRR e con la disciplina sul Piano Integrato di Organizzazione e Attività (PIAO) hanno importanti ricadute in termini di predisposizione degli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Obiettivo principale del legislatore è, infatti, quello di realizzare la massima semplificazione e al contempo migliorare complessivamente la qualità dell'agire delle amministrazioni. Tali fondamentali obiettivi di semplificazione e razionalizzazione del sistema, di cui più volte l'Autorità ha evidenziato l'importanza negli atti di regolazione e nei PNA, non devono tuttavia andare a decremento delle iniziative per prevenire corruzione e favorire la trasparenza.

Per questo motivo con il PIAO si rafforza lo strumento organico del sistema pianificatorio delle amministrazioni pubbliche: esso ha il merito di aver evidenziato la molteplicità di strumenti di programmazione spesso non dialoganti ed altrettanto spesso, per molti aspetti, sovrapposti. In quest'ottica, la prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'amministrazione.

Premesso che, ad oggi, non sono intervenuti fatti corruttivi nel triennio di vigenza del PIAO 2022-2024 Sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza, e che, ad oggi, non è stata data ancora piena attuazione al nuovo assetto aziendale, dalle analisi effettuate, sono stati aggregati, conformemente alle aree di rischio generali e specifiche così come individuate dall'aggiornamento al PNA e alle specificità emerse dall'esame del contesto esterno e interno, alcuni processi a medio e alto rischio di corruzione, sui quali è stata focalizzata l'attenzione al fine di individuare appropriate e concrete misure di prevenzione e riduzione del rischio. In considerazione del fatto che l'organizzazione aziendale è ancora in fase di implementazione, potrebbe rendersi opportuno procedere gradualmente ad una revisione ed integrazione della mappatura dei

processi e dell'analisi e valutazione delle aree di rischio alla luce della definizione dell'articolazione aziendale che via via si andrà a delineare.

In particolare, è stato valutato il grado di rischio dei principali processi connessi con le attività aziendali più rilevanti, con specifico riferimento alla probabilità (media e alta) che si verifichi un evento corruttivo. In questa fase transitoria per la misurazione del rischio è stata utilizzata la stessa metodologia già in uso presso l'ex ATS Sardegna sin dal 2019 come illustrata nell'allegato 1 alla presente sezione.

I livelli di rischio sono stati così definiti:

- a) 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.
- b) 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, saranno effettuati controlli e verifiche trimestrali, saranno definiti i protocolli operativi e rafforzate le misure preventive specificatamente individuate.

Nell'allegato 2 alla presente sezione sono contenute le schede con l'individuazione di:

- Processi a rischio;
- Singole misure di prevenzione e contenimento;
- Grado di rischio;
- Tempi del monitoraggio;
- Struttura o Strutture di riferimento;
- Responsabile/i delle misure.

Si evidenzia, come peraltro già anticipato, che la complessa fase di riorganizzazione in atto del Sistema Sanitario, sia in ambito regionale che in ambito aziendale, suggerisce di focalizzare l'attenzione su un numero limitato di processi particolarmente rilevanti, rinviando alla piena attuazione dell'Atto Aziendale la definizione e il completamento della mappatura.

2.3.4 Misure per prevenire il rischio di corruzione

I Piani Nazionali Anticorruzione e nello specifico quello del 2022 in riferimento anche alla fase di gestione dei fondi a valere sui progetti del PNRR, così come il PIAO-Sez. PCT aziendale focalizzano essenzialmente tre obiettivi:

- Ridurre l'opportunità che si manifestino casi di corruzione;

- Incentivare i controlli e quindi la possibilità di scoprire gli eventi corruttivi;
- Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Le misure di ordine generale che l’Azienda intende mettere in campo in questa fase transitoria al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne delle ulteriori nel momento della concreta e piena attivazione del proprio Atto Aziendale approvato definitivamente con la delibera del Direttore Generale n. 59 del 21.02.2023, sono le seguenti:

- rotazione dei dipendenti;
- gestione del conflitto di interessi;
- monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- patto d’integrità negli affidamenti;
- trasparenza e pubblicazione degli atti;
- gestione e monitoraggio del sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito tramite la piattaforma whistleblower attivata a decorrere dal 29/12/2022.

Alcune delle misure individuate potranno, stante il perdurare di questa fase transitoria, essere applicate con gradualità e/o più o meno integralmente in funzione della disponibilità delle risorse umane e organizzative necessarie nelle more della concreta riorganizzazione prevista nell’Atto Aziendale. Si specifica che laddove tra le misure sia prevista la verifica di attuazione di regolamenti si fa principalmente riferimento a quelli adottati dalla ex ATS Sardegna laddove compatibili con la nuova organizzazione.

2.3.5 Rotazione dei dipendenti

Il quadro normativo vigente nel pubblico impiego privatizzato prevede l’istituto della rotazione del personale. Tale istituto è rimesso all’autonoma determinazione delle amministrazioni che, tenuto conto dieventuali limiti oggettivi e/o soggettivi, potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell’organizzazione dei propri uffici. Va precisato che sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali, in modo da consentire loro di presentare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti l’apertura di fasi di negoziazione in materia (vedi delib. ANAC n. 13/2015).

Va, inoltre, sottolineato che la rotazione ordinaria rappresenta soprattutto un criterio organizzativo che, nell’ottica del rispetto dei canoni di buona amministrazione ex art. 97 della Costituzione, può contribuire alla crescita del personale rispetto alle conoscenze ed alle competenze, favorendo lo sviluppo professionale del lavoratore. In tale ottica, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ai fini del miglior utilizzo delle risorse umane disponibili.

Peraltro, la rotazione del personale oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e come misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici, in quanto favorisce l'acquisizione di competenze di carattere trasversale e professionalità volte al perseguimento delle finalità istituzionali, è altresì prevista in modo espresso dalla legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (art. 1, c. 4, lettera e); comma 5, lettera b); comma 10, lettera b), come misura anticorruzione (la rotazione degli incarichi, d'altra parte, già dalla "Riforma Brunetta" - D.lgs. n. 150/2009 - è stata considerata anche strumento fondamentale di trasparenza e contrasto della corruzione essendo stata inserita come una delle misure gestionali: l'articolo 16, c. 1, lett. I quater, del D.lgs. n. 165/2001 prevede che i dirigenti, con provvedimento motivato, facciano ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva). La rotazione non deve essere considerata come misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative. Deve, altresì, essere rimarcato che nel quadro dell'attuazione del principio di rotazione, fatti salvi gli effetti normo/economici di eventuali diverse ed autonome valutazioni negative del dipendente, non dovrà darsi luogo a riduzioni del trattamento economico attribuito al personale interessato.

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

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

Per quanto attiene al personale dirigente oramai è consolidato il c.d. "principio di durata temporale degli incarichi" che il legislatore ha adottato per evitare la cementificazione degli incarichi dirigenziali in un unico ambito lavorativo anche a discapito dell'arricchimento della professionalità del dirigente stesso.

Criteria per la rotazione ordinaria del personale

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

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

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

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

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

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

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

- applicazione della doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- audit dipartimentali incrociati sulle attività svolte;
- composizione delle Commissioni con criteri di rotazione casuale;
- individuazione di uno o più soggetti estranei all'ufficio di competenza, anche con funzioni di segretario verbalizzante, in aggiunta a coloro che assumono decisioni nell'ambito di procedure di gara;
- separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni ispettive;
- verbali relativi ai sopralluoghi sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico.

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

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

La rotazione, 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 di collaborazione e di 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 e per garantire il rispetto delle norme per la prevenzione della corruzione, ad esclusione di situazioni caratterizzate da comprovati disagi organizzativi, il criterio per la rotazione del personale è stato definito a suo tempo e rimane in vigore quanto stabilito nel Piano rotazione allegato al PTPCT ATS Sardegna 2018/2019, così come previsto dalla 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. I quater del D.lgs. n.165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". Tale misura, cosiddetta rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo, al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'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.

2.3.6 Tempistica ed immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria

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

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

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

Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con

esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Un provvedimento con esito negativo in caso di mero avvio del procedimento potrebbe avere diverso contenuto in caso di richiesta di rinvio a giudizio.

Durata della rotazione straordinaria

L'ASL 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" la fase di avvio del procedimento penale la conseguenza consistente nel trasferimento ad altro ufficio.

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

2.3.7 Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL N. 6 del Medio Campidano

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

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

L'ASL n. 6 del Medio Campidano ha aggiornato il Codice di Comportamento dell'ATS Sardegna, in uso presso l'Azienda nelle more dell'adozione di un nuovo Codice, con la delibera del Direttore generale n. 509 del 30.12.2022. Tale aggiornamento è stato operato in ossequio a quanto previsto dall'art. 4 c. 2 del D.L. 36/2022 convertito con modificazione nella L. n. 79 del 29.06.2022.

Ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001, il Codice di comportamento così aggiornato è rinvenibile alla seguente pagina web: www.aslmediocampidano.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/.

Esso integra e specifica il codice adottato dal D.P.R. n. 62 del 16/04/2013 e tiene conto delle Linee guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e disciplina i seguenti ambiti:

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

2.3.8 Gestione del conflitto di interesse

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

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

Il Responsabile del procedimento ed il dirigente dell'UOC competente ad adottare atti o provvedimenti, nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale, hanno l'obbligo di astensione, così come tutti i

dipendenti che svolgano la propria attività nei processi aziendali a maggior rischio di corruzione. I medesimi soggetti hanno il dovere di segnalazione della possibile situazione di conflitto. La segnalazione del conflitto, anche potenziale, deve essere indirizzata dal dipendente al proprio Responsabile diretto il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere il principio di imparzialità. Esso deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile affiderà l'attività ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. In tale situazione, il Responsabile vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente che si astiene. Nel caso in cui l'obbligo di astensione riguardi il Dirigente Responsabile, la valutazione delle iniziative da assumere sarà effettuata rispettivamente dal Responsabile gerarchicamente superiore.

2.3.9 Il conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici

L'ANAC, con le Linee guida n. 15 recanti "Individuazione e gestione di conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici" (G.U. Serie generale n. 182 del 5.08.2019), ha definito l'ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara. In particolare, l'art. 42 del Codice dei Contratti pubblici si applica a tutti i soggetti che siano coinvolti in una qualsiasi fase della procedura di gestione del contratto pubblico (programmazione, progettazione, preparazione documenti di gara, selezione dei concorrenti, aggiudicazione, sottoscrizione del contratto, esecuzione, collaudo, pagamenti) o che possano influenzare in qualsiasi modo l'esito in ragione del ruolo ricoperto all'interno dell'ente. I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione, devono rendere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000. La dichiarazione, resa per quanto a conoscenza del soggetto interessato, ha ad oggetto ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza. La dichiarazione è rilasciata al responsabile del procedimento. Il RUP rilascia la dichiarazione sui conflitti di interesse al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico. Al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato. L'amministrazione provvede al protocollo, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura.

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, i controlli delle dichiarazioni sostitutive sono effettuati a campione. Il controllo viene avviato nel caso in cui insorga il sospetto della non veridicità delle informazioni ivi riportate, ad esempio al verificarsi delle situazioni previste per legge o in caso di segnalazione da parte di terzi. I controlli sono svolti in contraddittorio con il soggetto interessato mediante utilizzo di banche dati, informazioni, note e qualsiasi altro elemento a disposizione della stazione appaltante.

I soggetti coinvolti nelle procedure di gestione del contratto pubblico sono tenuti a comunicare immediatamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP il conflitto di interesse che sia insorto successivamente alla dichiarazione. Il RUP rende la dichiarazione al soggetto che l'ha nominato e al proprio superiore gerarchico. La comunicazione è resa per iscritto e protocollata per acquisire certezza in ordine alla data. L'omissione delle dichiarazioni di cui sopra integra, per i dipendenti pubblici, un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile ai sensi dell'art. 16 del Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62. La sussistenza di un conflitto di interesse relativamente ad una procedura di gestione di un contratto pubblico comporta il dovere di astensione dalla partecipazione alla procedura. La partecipazione alla procedura da parte del soggetto che versi in una situazione di conflitto di interessi comporta l'insorgere di responsabilità, penali, amministrative e disciplinari, individuate all'art. 42, comma 3, del codice dei contratti pubblici. Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o comunque accertata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato. La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013. In particolare, occorre valutare se la causa di astensione sia grave emetta in pericolo l'adempimento dei doveri di integrità, indipendenza e imparzialità del dipendente, considerando, altresì, il pregiudizio che potrebbe derivare al decoro e al prestigio dell'amministrazione di appartenenza. La stazione appaltante deve valutare tutte le circostanze del caso concreto tenendo conto della propria organizzazione, della specifica procedura espletata nel caso di specie, dei compiti e delle funzioni svolte dal dipendente e degli interessi personali dello stesso.

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



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

I componenti degli organi delle commissioni aggiudicatrici che partecipano alla procedura di gara mediante l'adozione di provvedimenti di autorizzazione o approvazione e che versano in una situazione di conflitto di interessi, devono astenersi dal partecipare alla decisione, nel rispetto della normativa vigente. Per quanto riguarda l'esclusione dalla gara del concorrente si fa riferimento a quanto previsto dalle Linee guida dell'ANAC n. 15/2019. Tra le misure atte a prevenire il rischio di interferenza, particolare attenzione deve essere dedicata al rispetto degli obblighi di dichiarazione, di comunicazione e di astensione.

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

2.3.10 Nuovo art. 35 Bis D.Lgs. 165/2001

La Legge 190/2012 introduce il nuovo art. 35 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001 che pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

L'art. 35 bis comma 1 prevede che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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

Tali disposizioni integrano le leggi e i regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

2.3.11 Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna per delitti contro la Pubblica Amministrazione.

Con riferimento alla formazione di commissioni ed alle assegnazioni agli uffici di cui all'art. 35 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001, l'Azienda procederà all'acquisizione a cura del Responsabile del Procedimento/Direttore di UOC di apposite dichiarazioni, ai sensi del DPR n. 445/2000, di assenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale. Il Responsabile del procedimento/Direttore di UOC che acquisisce tali dichiarazioni provvederà, anche con la collaborazione degli uffici preposti, alla messa in atto degli opportuni controlli finalizzati a verificare la veridicità di quanto dichiarato e provvederà a trasmettere relazione periodica al RPCT inerente la messa in atto della misura di prevenzione, con l'indicazione del numero di dichiarazioni acquisite, del numero di dichiarazioni per le quali sono stati richiesti i controlli e con l'indicazione delle determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo.

2.3.12 Incompatibilità/ Inconferibilità incarichi

A seguito delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni introdotte dalla Legge 190/2012, sulla base della quale è stato emanato il Decreto Legislativo n. 39/2013, l'Azienda si attiva per conformarsi ai relativi disposti assumendo a riferimento anche la delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" e la delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili". L'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). Si ricorda che l'obbligo suddetto, previsto dall'art.20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico. L'incompatibilità, invece, comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. h). L'Azienda applica le seguenti misure di prevenzione:

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

2.3.13 Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extraistituzionali

Sino all'adozione di specifico regolamento aziendale in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali, si fa riferimento a quanto stabilito dall'art. 53 del D.lgs. 165/2001 e s.m.i. e, per il principio di continuità amministrativa, dal regolamento per la gestione del personale a suo tempo adottato dall'ex Ats-Sardegna con deliberazione del Direttore Generale n. 1325 del 28/12/2017. L'Azienda detta i criteri oggettivi e predeterminati, tali da escludere casi d'incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di attività/incarichi extraistituzionali del personale dipendente che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e non siano compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio.

2.3.14 Controlli e regime sanzionatorio

Nelle more dell'adozione di apposito regolamento aziendale, e dell'attivazione di servizio ispettivo, trova applicazione il regolamento dell'ex ATS Sardegna, approvato con deliberazione n. 1002 del 29.08.2018.

2.3.15 Revolving door - pantouflage

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

2.3.16 Patto di integrità negli affidamenti

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

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

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

L'espressa accettazione del Patto d'Integrità e la presenza nell'Elenco Fornitori Telematici costituiranno per i concorrenti condizione di ammissione a tutte le procedure di gara, anche di importo inferiore a 40.000 euro e dovrà essere esplicitamente prevista nei bandi di gara e nelle lettere di invito.

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

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

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

2.3.17 Procedure per la 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 (es. codice di comportamento), 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 di formazione si articoleranno su due livelli:

1. 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. Il processo di informazione/ formazione dovrà essere facilitato e rafforzato dai Responsabili delle strutture.
2. Il secondo livello di approfondimento riguarda il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e i funzionari addetti che svolgono la loro attività in settori che presentano un elevato grado di rischio di corruzione. Gli argomenti del secondo livello di formazione riguarderanno l'analisi approfondita della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione, e più in generale sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

Il RPCT in collaborazione con la SC formazione, accreditamento ARES Sardegna, definisce il programma di formazione e vigilanza sulla sua attuazione. 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 ambitiprofessionali;
- 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:

- a) Approfondimenti sulla normativa relativa al conflitto di interessi;
- b) Analisi degli obblighi di pubblicità e trasparenza per le stazioni appaltanti (D. Lgs.33/2013);
- c) Approfondimenti sulla Responsabilità Amministrativa;

- d) 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.

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

Giornate della trasparenza

Verranno svolte iniziative rivolte alla cittadinanza, alle associazioni di volontariato impegnate nella tutela dei diritti dei pazienti e al personale dipendente.

Monitoraggio eventi formativi sponsorizzati

Nell'ambito della specificità dei percorsi formativi in sanità proseguirà nel corso del 2023 l'attenzione alla partecipazione dei dipendenti ad eventi di formazione o aggiornamento professionale sponsorizzati. La fattispecie in oggetto trova applicazione soprattutto in relazione al personale dirigente medico e sanitario che, frequentemente, viene invitato a manifestazioni (congressi, convegni, etc.) organizzati direttamente o indirettamente da Aziende farmaceutiche o produttrici di presidi sanitari e sponsorizzati dalle stesse. Il rischio specifico in relazione alla suddetta situazione è dato dal potenziale condizionamento, nei confronti di singoli professionisti o di equipe mediche, dei comportamenti prescrittivi ovvero, per quanto attiene alle sperimentazioni cliniche, alla possibile manipolazione di dati al fine di agevolare un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca, quote sul fatturato ovvero comparaggio).

Come noto i contratti collettivi nazionali di lavoro dell'area sanità riconoscono al dirigente medico la libertà di autodeterminare il proprio percorso di aggiornamento professionale facoltativo, scegliendo in autonomia iniziative formative, salvo obbligo di documentare debitamente la partecipazione alle stesse. Ciò comporta che un eventuale diniego da parte dell'Azienda in ordine alla partecipazione del dipendente a particolari iniziative di aggiornamento professionale possa trovare giustificazione solo se fondato su basi oggettive, ovvero su comprovate esigenze di servizio; in caso contrario potrebbe determinarsi un ingiusto danno alla professionalità del dirigente, risarcibile in via giudiziaria.

È pertanto necessario individuare strumenti gestionali in grado di conciliare la necessità di effettuare un monitoraggio sulle situazioni a rischio richiamate con la libertà del dirigente in materia di formazione e aggiornamento professionale.

L'ASL n. 6 del Medio Campidano, fino alla dotazione di specifico documento, applica il regolamento approvato dall'ex ATS Sardegna con deliberazione n. 777 del 12.06.2018.

2.3.18 Gestione e monitoraggio del sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (WHISTLEBLOWER)

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

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

La piattaforma informatica whistleblower aziendale è stata attivata a decorrere dal 29/12/2022.

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 saranno gestite dal RPCT ai sensi della vigente normativa e secondo le linee guida ANAC. La tutela dei denunciati sarà supportata anche da un'attività di sensibilizzazione e di formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite. Il numero e la tipologia delle segnalazioni sono oggetto di rilevazione e monitoraggio nella reazione annuale che il RPCT predispone e pubblica nella sezione amministrazione dedicata sul sito web aziendale entro il 15 dicembre di ciascun anno, salvo deroghe/rinvii disposti dall'ANAC.

La piattaforma è raggiungibile dai segnalanti al seguente indirizzo web:

<https://www.aslmediocampidano.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/whistleblower/>.

2.3.19 Obblighi di informazione nei confronti del RPCT

Nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione sussistono gli obblighi di informazione da parte di tutti i soggetti coinvolti nel mantenimento del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed in modo particolare da parte dei dirigenti (art. 1, co. 9, lett.-c L.190/2012; art. 16, co. 1-ter, D.lgs. n. 165 del 2001). Nella presente sezione del PIAO, così come pure negli allegati di dettaglio relativi alla mappatura dei processi e definizione delle aree di rischio e alle relative misure di prevenzione declinate, sono indicate le specifiche rilevazioni, gli indicatori di monitoraggio e le frequenze con cui i dati devono

essere, obbligatoriamente, trasmessi a cura dei soggetti ivi individuati, con particolare evidenza per quanto attiene le attività a più elevato rischio di corruzione. Il RPCT è chiamato a vigilare sull'osservanza e l'attuazione delle misure medesime.

2.3.20 Responsabilità in caso di violazione del piano

Ai sensi dell'art. 1, comma 14 della legge 190/2012, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del Decreto Legislativo 165/2001, nonché per omesso controllo, sul piano disciplinare. La violazione da parte dei dipendenti dell'Azienda delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.

2.3.21 Collegamento con il piano delle performance

L'efficacia del PIAO-Sez. Programmazione-Anticorruzione e Trasparenza dipende dalla collaborazione effettiva di tutta l'Organizzazione, pertanto, è indispensabile che lo stesso sia coordinato rispetto a tutti gli altri strumenti di programmazione dell'Azienda. Particolarmente importante è l'integrazione da stabilire con il Ciclo della Performance e con gli obiettivi strategici aziendali.

In questo senso la ASL n. 6 del Medio Campidano dovrà provvedere in fase di programmazione del Ciclo della Performance ad inserire obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del Piano Triennale. In tal modo, le attività svolte dall'Azienda per l'attuazione della sezione devono essere inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance, sia sul fronte della Performance Organizzativa, sia su quella individuale in modo da consentire all'Organismo di Valutazione di effettuare le verifiche di coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. Inoltre, il sistema incentivante aziendale dovrà essere legato al raggiungimento degli obiettivi di budget che ricomprenderanno le attività programmate dal Piano triennale per la riduzione dei rischi corruttivi.

2.3.22 Monitoraggio e aggiornamento della sezione PTC

Il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno dovrà predisporre la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta, basata sui rendiconti presentati dai dirigenti riguardanti le misure poste in essere e i risultati realizzati in esecuzione della sezione PCT stesso, e la trasmette al Direttore Generale ed all'OIV e provvede alla pubblicazione della stessa sul sito aziendale sezione amministrazione trasparente. Per quanto attiene la relazione del 2022 la stessa è reperibile al seguente link:

<https://www.aslmediocampidano.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/corruzione/>

La sezione PCT del presente Piano dovrà essere adeguata a seguito di modifiche organizzative che dovessero intervenire nel corso della sua validità.

2.3.23 Il programma per la trasparenza

L'ASL del Medio Campidano, nelle more della piena attuazione dell'atto aziendale, alla luce del dettato normativo in materia di trasparenza e obblighi di pubblicazione (legge 6 novembre 2012, n. 190, D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, D.lgs. 25/05/2016 n. 97), ha predisposto il PIAO 2023-2025 contenente apposita sezione anticorruzione, nella quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati (vedasi allegato n.3).

In tale schema sono indicati i soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali servizi/uffici tenuti alla individuazione, elaborazione e pubblicazione dei dati sul sito web istituzionale. Sono altresì indicati i termini, le frequenze e le periodicità dei relativi aggiornamenti.

Dalle risultanze della relazione annuale del RPCT relativa alla gestione appena conclusa (2022) e dal monitoraggio effettuato da parte del OIV, si evidenzia come il sito web istituzionale (albo pretorio e sezione amministrazione trasparente) sia, a distanza di un anno dalla nascita dell'Azienda, sufficientemente popolato di dati e informazioni e come lo stesso sia in continua evoluzione con l'obiettivo di garantire pienamente gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte dell'Azienda offrendo la possibilità agli stakeholder di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

Per il corrente anno 2023, stante la situazione organizzativa complessiva, proseguirà l'attività del vigente programma per la trasparenza con verifiche e monitoraggi periodici così come indicati nelle apposite sottosezioni, salvo un complessivo aggiornamento dello stesso nel caso di importanti modifiche organizzative legate all'implementazione delle misure previste nell'Atto Aziendale.

2.3.24 Accesso civico agli atti

Nella sezione amministrazione trasparente del sito aziendale è prevista la sezione "altri contenuti" in cui è stato pubblicato il monitoraggio delle richieste atti 2022.

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

Tabella 3_Obiettivi Rischi corruttivi e trasparenza

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	CODICE OB.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	COD. IND.	DESCRIZIONE INDICATORE	DIRETTORE/STRUTTURA	STAKEHOLDER	TEMPISTICA	FONTE (RILEVAZIONE DATI)	BASELINE	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Trasparenza	Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	OBQTA01	Assolvere gli obblighi di pubblicazione	ID072	Pubblicazione e aggiornamento, in apposita sezione del sito internet istituzionale, sezione amministrazione trasparente, dei criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa delle prestazioni erogate	Distretti/Presidio Ospedaliero/Responsabile Anticorruzione e Trasparenza	Assistiti	Annuale	Sito Aziendale	0	Adempiere agli obblighi entro i termini previsti	Adempiere agli obblighi entro i termini previsti	Adempiere agli obblighi entro i termini previsti
Trasparenza	Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	OBQTA01	Assolvere gli obblighi di pubblicazione	ID145	Pubblicazione dei tempi di attesa nel sito istituzionale nella sezione liste d'attesa (Determinazione n.1287 del 24.12.2020)	Responsabile pubblicazione	Assistiti	Annuale	Sito Aziendale	0	Adempiere agli obblighi entro i termini previsti dalla normativa di riferimento	Adempiere agli obblighi entro i termini previsti dalla normativa di riferimento	Adempiere agli obblighi entro i termini previsti dalla normativa di riferimento
Trasparenza	Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	OBQTA04	Adempiere agli obblighi formativi sull'anticorruzione	ID107	N. lavoratori formati/n. totale dei lavoratori	Formazione	Dipendenti	Annuale	Formazione	0	70% dei lavoratori formati	80% dei lavoratori formati	100% dei lavoratori formati
Trasparenza	Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	OBQTA05	Garantire l'accessibilità totale dei dati e dei documenti aziendali, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere al tempo stesso la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.	ID146	Adempiere a tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dal Piao in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	Tutte le strutture aziendali	cittadini	Annuale	Responsabile della pubblicazione	0	Entro il termine fissato dal PIAO	Entro il termine fissato dal PIAO	Entro il termine fissato dal PIAO

Allegati alla Sezione Programmazione – Piano anticorruzione e trasparenza

- Allegato_1_Misurazione_del_Rischio
- Allegato_2_Tabella_rischi_e_misure
- Allegato_3_Obblighi_di_pubblicazione
- Allegato_4_Modulo Pantouflage

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

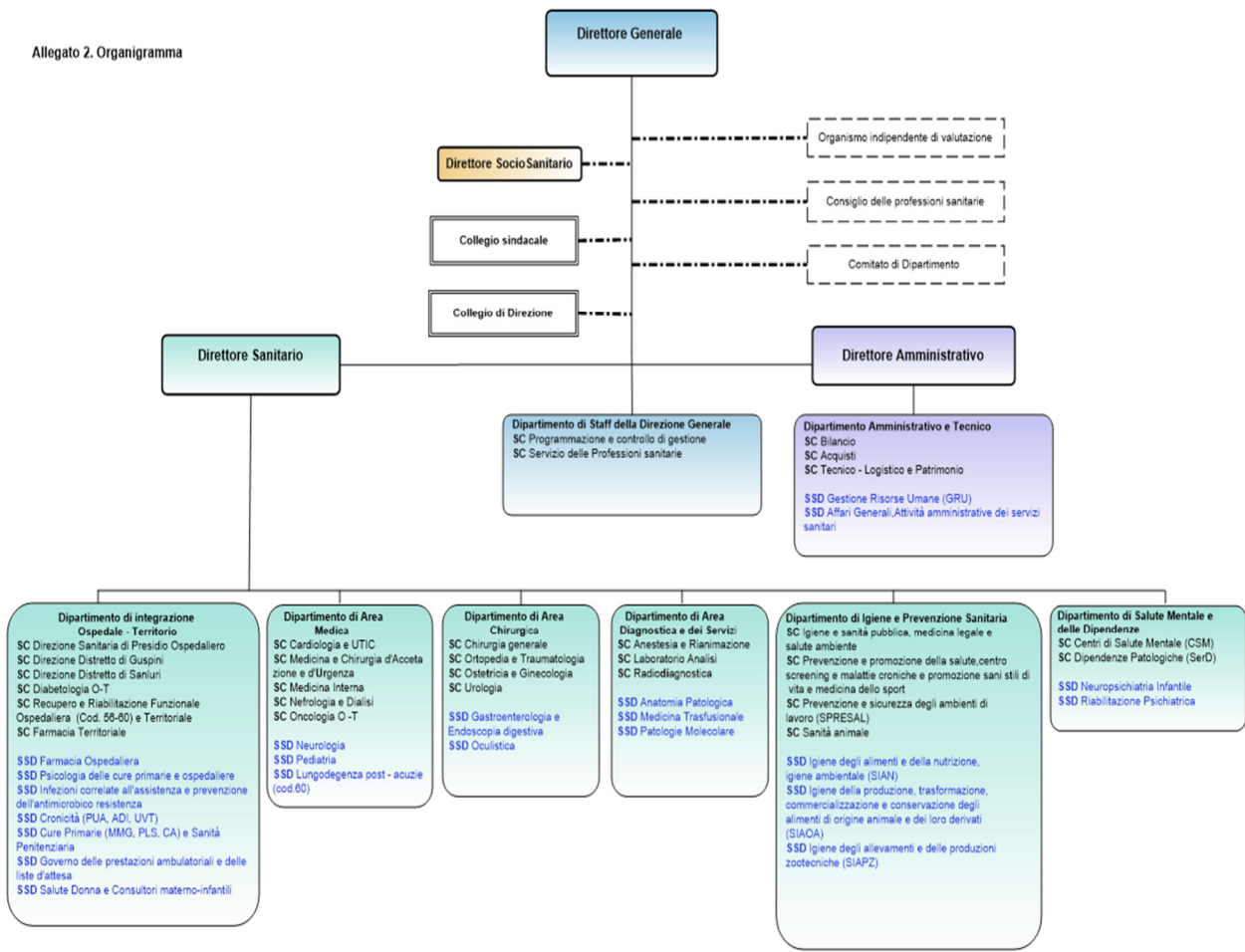
3.1 Struttura Organizzativa

La struttura organizzativa della Asl n. 6 del Medio Campidano rappresentata nell'Atto Aziendale, approvato con Delibera del Direttore Generale n.453 del 25/11/2022 e integrato sulla base delle indicazioni della Ras con delibera n. 8 del 16.01.2023, è stata definita in ottemperanza alle linee guida regionali per la redazione degli atti aziendali delle aziende sanitarie. In essa sono aggregate competenze professionali e risorse umane tecnologiche e strutturali.

L'assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera, la prevenzione collettiva, i processi produttivi e le attività gestionali necessarie per assicurare i livelli di assistenza sono assicurate dai dipartimenti.

Come già evidenziato nelle precedenti sottosezioni, l'Azienda è in piena fase di implementazione ed allo stato attuale l'Atto aziendale non ha ancora trovato piena attuazione.

Qui di seguito si rappresenta l'organigramma:



Sulla base dei livelli LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) l'organizzazione della azienda è composta come segue:

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

L'assistenza collettiva è garantita dal **Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria**. Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura tecnico funzionale preposta alla promozione della tutela della salute sia collettiva che dei singoli, con l'obiettivo della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare. In esso sono comprese le funzioni inerenti all'avveterinaria e alla sicurezza degli alimenti di origine animale, di prevenzione collettiva, sanità pubblica e di sanzioni in materia igienico-sanitaria, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita secondo criteri di equità e sostenibilità.

Al Dipartimento competono le azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana e animale.

ASSISTENZA DISTRETTUALE

L'assistenza territoriale è garantita dal **Dipartimento di Integrazione Ospedale-Territorio** che è la struttura di coordinamento delle attività assistenziali, sanitarie, riabilitative, sociali e sociosanitarie per una risposta continuativa ed appropriata ai bisogni di salute della popolazione e di raccordo con le attività ospedaliere al fine di garantire la continuità delle cure.

Il Dipartimento si configura quale centro di riferimento cui affluiscono le istanze sanitarie e sociosanitarie della comunità e luogo in cui si garantisce la ricomposizione dell'offerta degli interventi secondo principi di equità, efficienza e appropriatezza in relazione alle risorse assegnate dalla Direzione Generale. L'assistenza distrettuale è l'insieme delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, semi-residenziale o residenziale.

Lo stesso livello di assistenza è garantito anche dal **Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze**, struttura operativa preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze ed all'organizzazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute mentale delle persone, in coerenza con la programmazione strategica regionale. Assicura, con metodo multidisciplinare, la prevenzione, la cura e la riabilitazione della persona con disagio.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera è garantita dal Presidio Nostra Signora di Bonaria di San Gavino Monreale. Il Presidio ospedaliero è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Azienda eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, in regime di ricovero in acuzie e post acuzie o in forma ambulatoriale alle persone affette da condizioni patologiche sia mediche che chirurgiche in fase acuta e post-acuta, nei diversi ambiti specialistici.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Premessa

Il “Piano organizzativo del lavoro agile” (POLA), quale specifica sezione del Piano della Performance, è un documento che deve essere redatto dalle amministrazioni pubbliche entro il 31 gennaio di ciascun anno, come previsto al comma 1 dell’art. 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (modificato dall’art. 87-bis, comma 5, D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, dall’art. 263, comma 4-bis, lett. a), D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, e, successivamente, dall’art. 11-bis, comma 2, lett. a), b) e c), D.L. 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 giugno 2021, n. 87).

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il quindici per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Il POLA definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

3.2.2 L’attuale quadro normativo sul lavoro agile

Introdotta dall’art. 18, comma 1 della legge 22 maggio 2017 n. 81, il CCNL 2019-2021 relativo al personale del Comparto Sanità definisce all’art. 76 *“il lavoro agile, come una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende o Enti, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l’innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l’equilibrio tra tempi di vita e di lavoro”*.

L’esecuzione del rapporto di lavoro mediante il lavoro agile prevede un accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione in fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, ed è previsto nel rispetto delle seguenti condizioni:

- invarianza dei servizi resi all’utenza;
- adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;



- adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81.
L'accordo individuale, stipulato per iscritto, disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda, e gli strumenti utilizzati dal lavoratore, che di norma verranno forniti dall'amministrazione. L'accordo dovrà, inoltre, contenere i seguenti elementi essenziali:
- gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
- la durata dell'accordo (avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato);
- le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- le modalità di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 della legge n. 81/2017;
- le ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- i tempi di riposo del lavoratore che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti per i lavoratori in presenza, nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

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

3.2.3 I principi del lavoro agile

Il lavoro agile si basa su un approccio organizzativo che combina flessibilità, autonomia e collaborazione tra amministrazione e lavoratori. Si supera la logica del controllo sulla prestazione, dando fiducia al lavoratore, basato sul principio guida “FAR BUT CLOSE”, ovvero “lontano ma vicino”.

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi;
- Autonomia nell’organizzazione del lavoro;
- Responsabilizzazione sui risultati;
- Benessere del lavoratore;
- Utilità per l’amministrazione;
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
- Equilibrio in una logica win-win: l’amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio “*Work-life balance*”, ovvero il buon equilibrio tra vita privata e lavoro.

3.2.4 Il lavoro agile nella ASL n. 6 Medio Campidano

In attesa del completamento del processo di riorganizzazione avviato con la Legge regionale n.24/2020, nelle more dell’implementazione dell’atto aziendale, al fine di rendere il lavoro agile un’opportunità strutturata, la Asl n. 6 del Medio Campidano procederà a disciplinarne gli aspetti più rilevanti e le modalità attuative di dettaglio, come la flessibilità oraria in entrata e in uscita, i criteri di priorità a tutela dei lavoratori “fragili”, le misure di rotazione del personale nello svolgimento dell’attività da remoto e il diritto alla disconnessione, favorendo in tal modo la sua introduzione in modo progressivo e graduale.

L’utilizzo del lavoro agile impone, infatti, una rilevante riorganizzazione dei processi e degli spazi.

Presuppone un profondo cambiamento culturale, una revisione radicale del modello organizzativo dell’azienda pubblica e il ripensamento delle modalità che caratterizzano il lavoro.

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

L'Azienda individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono strumentazioni o documentazioni non remotizzabili. Nel dare accesso a questa modalità di lavoro si avrà cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico e con le specificità delle diverse attività da svolgere.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori (con rapporto di lavoro a tempo pieno/parziale, a tempo determinato/indeterminato), con particolare premura per quelli che si trovano in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure (es. lavoratori fragili).

I dipendenti, con regime di rotazione, possono svolgere le attività in modalità agile, ove ricorrano le seguenti condizioni minime:

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

3.2.5 Modalità attuate

Per meglio definire le modalità attuate del lavoro agile, l'Azienda dovrà mappare le attività svolte all'interno di ciascuna unità operativa al fine di definire gli strumenti necessari al lavoratore per svolgere l'attività lavorativa in remoto (PC, collegamento web, collegamento con i Sistemi informativi aziendali).

Sarà opportuno verificare:

- requisiti tecnologici;
- supporti hardware e software al lavoro agile;
- la disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l'esecuzione dell'attività;
- le funzioni applicative di "conservazione" dei dati/prodotti intermedi del proprio lavoro per i dipendenti che lavorino dall'esterno;
- la disponibilità di software che permettano al lavoratore di lavorare su una fase del processo lasciando all'applicativo l'onere della gestione dell'avanzamento del lavoro, nonché dell'eventuale



ASLMediocampidano

Azienda socio-sanitaria locale

sequenza di approvazione di sottoprodotti da parte di soggetti diversi, nel caso di flussi procedurali complessi svolti da più soggetti.

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione sono previste specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione. Tale formazione persegue l'obiettivo di formare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile nonché di diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'empowerment, la delega decisionale, la collaborazione, la condivisione delle informazioni, la salute e sicurezza sul lavoro.

3.2.6 Gli obiettivi nel lavoro agile

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

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

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

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

Questi potranno assegnare nuove mansioni e individuare specifiche attività progettuale

Tabella 2_ Obiettivi Lavoro Agile

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	CODICE OB.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	COD. IND.	DESCRIZIONE INDICATORE	DIRETTORE/S TRUTTURA	STAKEHOLDER	TEMPISTICA	FONTE (RILEVAZIONE DATI)	BASLINE	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
Efficacia	Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità	OBSIA11	Garantire l'accesso al lavoro agile	ID097	n. di dirigenti formati sul lavoro agile/ n. di dirigenti	Direzione	Dirigenti	Annuale	Formazione	0	100% dei dirigenti formati	0	0
Efficacia	Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità	OBSIA11	Garantire l'accesso al lavoro agile	ID140	n. dipendenti formati sul lavoro agile/n. di dipendenti da formare	Direzione	Dipendenti	Annuale	Formazione	0	100% dei dipendenti formati	0	0
Efficacia	Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità	OBSIA11	Garantire l'accesso al lavoro agile	ID141	n. di dipendenti che svolgono attività in lavoro agile/n. di dipendenti che vi possono accedere	Risorse umane	Dipendenti	Annuale	Risorse umane	0	15% del personale che svolge attività in lavoro agile	20% del personale che svolge attività in lavoro agile	30% del personale che svolge attività in lavoro agile
Efficienza	Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità	OBSIA10	Miglioramento del benessere dei lavoratori in lavoro agile	ID142	% di assenza	Risorse umane	Direzione	Annuale	Risorse umane	0	Riduzione delle assenze rispetto all'anno precedente	Mantenimento dello standard	Mantenimento dello standard
Efficienza	Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità	OBSIA10	Garantire le attività in lavoro agile	ID143	% di obiettivi raggiunti in lavoro agile	Direttori delle strutture	Direzione	Annuale	Direttori di struttura	0	100% obiettivi raggiunti	Mantenimento dello standard	Mantenimento dello standard

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

L'analisi sulle risorse umane rappresenta un'attività strategica al fine di comprendere l'asset a disposizione per il raggiungimento della mission aziendale.

La ripartizione sotto riportata consente di illustrare la consistenza del personale della ASL per profilo professionale, ruolo e categoria. Il numero dei dipendenti della Asl n. 6 del Medio Campidano risulta essere, al 31.12. 2022, 812 di cui 111 a tempo determinato e 701 a tempo indeterminato.

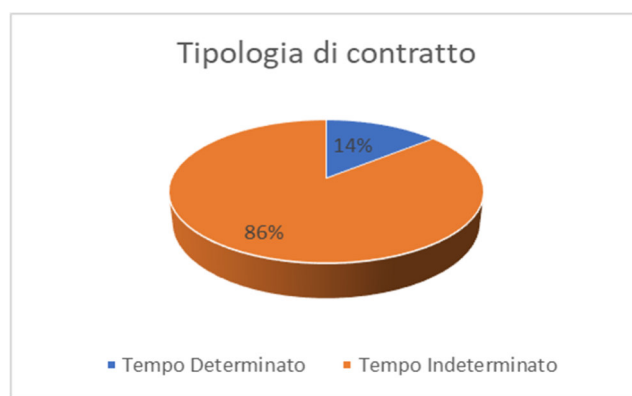
Di seguito la tabella con la distribuzione del personale:

Tabella 3

Ruolo	Tempo Determinato	Tempo Indeterminato	Totale
Amministrativo	27	35	62
<i>Comparto</i>	27	34	61
<i>Dirigenza</i>	0	1	1
Professionale	0	1	1
<i>Comparto</i>	0	1	1
Sanitario	34	557	591
<i>Comparto</i>	22	354	376
<i>Dirigenza medica e veterinaria</i>	8	186	194
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>	4	17	21
Tecnico	50	108	158
<i>Comparto</i>	50	107	157
<i>Dirigenza</i>	0	1	1
Totale	111	701	812

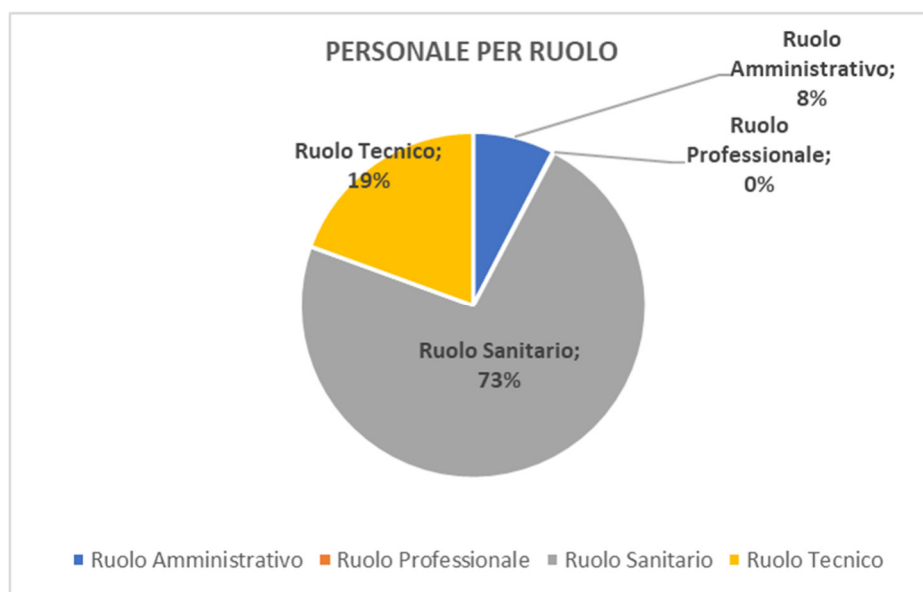
La *tabella 3* evidenzia come la maggior parte dei dipendenti sia nel ruolo comparto, con una notevole carenza di personale dirigente.

Nel ruolo amministrativo e nel ruolo tecnico la percentuale dei dipendenti del comparto è pari al 98%, nel ruolo professionale è pari al 100% e nel ruolo sanitario è pari al 64%.



Il grafico rappresenta la percentuale dei dipendenti suddivisa per tipologia di contratto, il personale a tempo indeterminato è pari al 86%, mentre il restante 14% è a tempo determinato: questo è dovuto al fatto che nell'ultimo anno si è dovuto ricorrere all'assunzione di risorse umane con contratto a tempo determinato, in particolare nel ruolo tecnico e amministrativo, sia per far fronte alle esigenze sanitarie e assistenziali, ma in particolare per sostituire il personale assente per quiescenza e per ricostituire tutta la parte amministrativa, in capo precedentemente all'unica azienda sanitaria ATS.

L'analisi per ruolo del personale dipendente evidenzia che il 73% appartiene al ruolo sanitario, il 19% al ruolo tecnico e l'8% a quello amministrativo, mentre appare scarsamente rappresentato il ruolo professionale (1 unità).



Il Piano triennale del fabbisogno del personale (PTFP 2023/2025) rappresenta la programmazione strategica delle risorse umane al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti alla comunità.

La giusta allocazione delle risorse umane e delle relative competenze professionali permette all'azienda di perseguire al meglio gli obiettivi di valore pubblico.

Il piano è stato elaborato tenendo conto del nuovo Atto Aziendale e della Programmazione Sanitaria 2023-2025 (approvata con deliberazione del Direttore Generale n. 476 del 14.12.2022).

In particolare, per la sua elaborazione si è tenuto conto:

- delle cessazioni programmate per il personale che ha raggiunto il limite di età ai sensi della normativa vigente e ha maturato i requisiti per l'accesso alla pensione di vecchiaia;
- delle cessazioni di personale con rapporti di lavoro a tempo determinato;
- delle strategie di sviluppo aziendale in termini di sostituzione turn over e di necessità di integrazione del personale;

- della gestione e sviluppo dei percorsi di carriera del personale delle aree della dirigenza e dell'area del comparto;
- dell'applicazione dei rinnovi dei CCNL.

Dipendenti Asl Medio Campidano	Numero al 31.12.2022
Numero totale dipendenti	812
Numero dipendenti ruolo amministrativo	62
Numero dipendenti ruolo professionale	1
Numero dipendenti ruolo sanitario	591
Numero dipendenti ruolo tecnico	158
Numero femmine	572
Numero maschi	240
Età media dipendenti	49
Numero dirigenti	217
Età media dirigenti	48
% dirigenti donne (sul totale dirigenti)	61%
% dirigenti uomini (sul totale dirigenti)	39%
% dirigenza (sul totale personale)	27%

Il PTFP potrà essere oggetto di revisione a seguito dell'implementazione delle nuove strutture complesse e semplici aziendali e dell'esercizio del diritto di opzione previsto dalla DGR n. 49/74 del 27.12.2021.

L'azienda, per il reclutamento del personale, si avvale:

- dell'Azienda Regionale della Salute (ARES), designata dalla RAS per lo svolgimento delle procedure concorsuali ai fini delle assunzioni;
- di procedure di mobilità interaziendali;
- delle stabilizzazioni.

In riferimento alla redistribuzione del personale, essendo l'Azienda di recente istituzione, e composta prevalentemente da risorse umane di nuova assunzione, non si ritiene opportuno per l'anno 2023 attuare una politica di riallocazione delle stesse.

3.3.1 Formazione del personale

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) rappresenta uno strumento organico e articolato, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici della programmazione e delle emergenze sanitarie. La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze, volto al miglioramento continuo dell'organizzazione, all'umanizzazione dei servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale e la realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale. Tutta l'attività formativa proposta per il 2023 è inserita nel PFA e rispetta i criteri previsti dal modello regionale di accreditamento dei provider della Sardegna, così

come definito dalla D.G.R. 4/14 del 5.2.2014 e dalla D.G.R. 31/15 del 19.6.2018. L'Area Formazione è stata individuata quale provider unico per l'accREDITamento dei corsi previsti nel PFA del 2023. Il Piano della Formazione 2023, adottato da ARES Sardegna con delibera n. 296 del 23.12.2022, per la ASL del Medio Campidano prevede il Piano formativo, allegato al presente documento, con gli adattamenti conseguenti all'attuazione della Riforma sanitaria.

Il PFA 2023 costituisce l'offerta formativa annuale della ASL Medio Campidano che può essere identificata nell'area della formazione generale, Area della formazione specifica tecnica professionale e Area della formazione conseguente a indirizzi Regionali e/o Ministeriali.

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

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

1. La formazione residenziale interattiva e in videoconferenza sincrona (RES): perché attribuisce ai partecipanti un ruolo attivo e permette un elevato livello di interazione tra loro e i docenti, soprattutto con il ricorso ad appropriate metodologie didattiche quali "lavori di gruppo", "esercitazioni", "roleplaying", "simulazioni", etc.
2. La formazione sul campo (FSC), in particolare con l'utilizzo di Gruppi di lavoro/studio/miglioramento perché l'apprendimento avviene attraverso l'interazione di un gruppo di pari, favorisce il processo di miglioramento, contribuisce all'integrazione interprofessionale e interdisciplinare ed è fondamentale per favorire/rafforzare il "lavoro di squadra" e il senso di appartenenza alla unità organizzativa.
3. La Formazione a distanza (FAD) asincrona sulla piattaforma aziendale. La FAD essendo svincolata dal tempo, dallo spazio e dai luoghi di fruizione dell'apprendimento superando i limiti posti dalla presenza dei discenti in un luogo fisico come l'aula tradizionale, riduce i costi complessivi dell'intervento didattico, razionalizza l'intervento del docente con la possibilità di distribuire on-line varie tipologie di documenti e materiali audiovisivi anche interattivi, permette un ampliamento della platea dei destinatari della formazione.

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

- gli obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali;
- le scelte strategiche aziendali;
- l'analisi del fabbisogno formativo espresso dalle articolazioni aziendali;
- le competenze scientifiche delle varie professionalità;
- il miglioramento qualitativo degli eventi formativi.

La realizzazione dei punti sopra citati, implica il raggiungimento di obiettivi di sistema, di processo e tecnico professionali. All'interno del Piano della Formazione assumono particolare rilievo tre tipologie di obiettivi formativi:

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

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

L'ARES garantisce la disponibilità economica per la realizzazione del PFA 2023 tramite l'attribuzione di un fondo per la formazione adeguato ai bisogni formativi espressi.

Il budget complessivo assegnato alla formazione per l'anno 2023 ammonta a € 6.278.485,02. Tale somma corrisponde allo 1% del Monte Salari dei dipendenti delle Aziende del SSR.

Il budget economico assegnato per il sistema complessivo della formazione della ASL Medio Campidano è ripartito come di seguito indicato:

BUDGET 1%	IMPEGNO DI SPESA PFA	COSTI ECM	Aggiornamento Individuale	Corsi Trasversali	Extra Piano e DG
€ 363.980,88	363.980,88	301.501,30	63.980,88	63.980,88	63.980,88

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

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

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

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

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

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

Con la modifica del d.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, operata dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, il Legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione con riferimento al ciclo della performance. In particolare, l'art.7 del D.lgs n. 150 del 27.10.2009 delinea, al comma 2, lett.c), la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione declinandola su tre cardini fondamentali:

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

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

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

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

L'ASL n. 6 del Medio Campidano, sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), applica il modello di valutazione partecipativa; a tal fine promuove la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative, attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati dall'azienda sanitaria, focus group e tavoli tematici. L'azienda favorisce la convergenza fra i servizi erogati e i bisogni dell'utente sia nella fase di progettazione delle caratteristiche qualitative dei servizi erogati, sia in fase di misurazione e di valutazione della performance organizzativa. A tale scopo procede alla rilevazione della qualità dei servizi sanitari percepita dal cittadino, alla mappatura degli utenti esterni e interni individuando il collegamento con le attività, i processi e i progetti.

In considerazione delle difficoltà connesse alla progettazione e all'utilizzo di strumenti di valutazione partecipativa e al fatto che l'azienda è di nuova costituzione, le anzidette indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica saranno implementate in maniera graduale.

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

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

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

gestiscono tali processi.

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

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

Nello specifico queste informazioni verranno inserite nelle seguenti stampe:

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

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

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

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

- per eliminare l'autoreferenzialità: la performance organizzativa non deve essere valutata nella sola ottica dell'azienda, ma anche secondo la prospettiva degli utenti, poiché la generazione di valore pubblico va osservata pure secondo la loro percezione e realizzata con la loro partecipazione;
- per rafforzare i sistemi di gestione della performance: attraverso una maggiore coerenza tra le diverse dimensioni della performance organizzativa (efficienza, efficacia quantitativa e qualitativa, impatti) si favorisce la finalizzazione dei suddetti sistemi verso il miglioramento del livello di qualità dei servizi erogati e di benessere di cittadini ed utenti;
- per soddisfare i requisiti normativi minimi, di cui al decreto 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74.

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

L'OIV definisce le modalità attraverso le quali i cittadini e gli utenti dell'azienda sanitaria possono



contribuire alla misurazione della performance organizzativa, stabilendo che le segnalazioni devono essere trasmesse per via telematica da apposito indirizzo di posta elettronica. L'OIV verifica la disponibilità sul sito internet aziendale – sezione OIV delle seguenti informazioni:

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