

---

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2025-2027

---

ASL n. 6 del Medio Campidano

## SOMMARIO

<b>PREMESSA</b>	<b>2</b>
<b>SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b>	<b>3</b>
1.1 - Dati identificativi dell'ente	3
1.2 - Analisi del contesto esterno	3
<b>SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE</b>	<b>7</b>
2.1 - Valore Pubblico	7
2.2 - La performance	10
2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza	11
<b>SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b>	<b>46</b>
3.1 - Struttura Organizzativa	46
3.2 - Organizzazione del lavoro agile	53
3.3 - Piano triennale dei fabbisogni di personale	57
<b>SEZIONE 4 – MONITORAGGIO</b>	<b>68</b>

## PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è stato introdotto nell'ordinamento dall'articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, modificato e convertito nella legge n. 113 del 6 agosto 2021, 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 cui regolamento è stato definito con Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di attività e organizzazione". La Nota Circolare n. 2 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Funzione Pubblica ha impartito successivamente indicazioni operative in materia di redazione PIAO.

Il PIAO riunisce in un unico documento, nell'ottica della razionalizzazione e della semplificazione, tutti i piani adottati separatamente in passato dalle Pubbliche Amministrazioni: 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 entro il 31 gennaio. In ottemperanza a quanto definito dal predetto regolamento, che stabilisce modalità semplificate per l'adozione dello stesso e predispone un modello standard, è articolato nelle seguenti sezioni e sottosezioni:

- 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 2024
    - 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 deliberazione n. 46/29 del 25 novembre 2021 della Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna, sulla base di quanto disposto dagli articoli 9 e 47 della legge Regionale n. 24 del 11.09.2020 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore", è stata costituita 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	Vacante
Direttore Amministrativo	Dr.ssa Federica Pillai
Sito istituzionale	<a href="http://www.aslmediocampidano.it">www.aslmediocampidano.it</a>
Indirizzo PEC	<a href="mailto:protocollo@pec.aslmediocampidano.it">protocollo@pec.aslmediocampidano.it</a>
Indirizzo mail	<a href="mailto:direzione.generale@aslmediocampidano.it">direzione.generale@aslmediocampidano.it</a>
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 1.516,19 km<sup>2</sup> (il 6,3 % del territorio sardo), conta 90.694 abitanti e possiede una densità di popolazione pari a 60 abitanti per km<sup>2</sup>.

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 nei distretti di 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 40.799 abitanti distribuiti su una superficie di 583,82 km<sup>2</sup> (densità media 69,88 abitanti per km<sup>2</sup>).

– 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 49.895 abitanti distribuiti su una superficie di 933,51 km<sup>2</sup> (densità media 53,456 abitanti per km<sup>2</sup>).



Figura 1



Figura 2

## Popolazione e densità di popolazione

COMUNE	Maschi	Femmine	Popolazione Totale	km <sup>2</sup>	DENSITA' 2024
Arbus	2.798	2.860	5.658	269,12	21
Barumini	578	557	1.135	26,40	43
Collinas	364	391	755	20,83	36
Furtei	754	750	1.504	26,11	57
Genuri	145	154	299	7,51	40
Gesturi	561	575	1.136	46,83	24
Gonnosfanadiga	2.964	3.126	6.090	125,19	49
Guspini	5.362	5.494	10.856	174,67	62
Las Plassas	111	94	205	11,04	19
Lunamatrona	775	822	1.597	20,59	77
Pabillonis	1.234	1.204	2.438	37,42	65
Pauli Arbarei	270	276	546	15,14	36
Samassi	2.328	2.429	4.757	42,04	113
San Gavino Monreale	3.871	4.088	7.959	87,40	91
Sanluri	3.954	4.116	8.070	84,23	96
Sardara	1.873	1.904	3.777	56,23	67
Segariu	546	553	1.099	16,69	66
Serramanna	4.199	4.305	8.504	83,84	101
Serrenti	2.291	2.215	4.506	42,78	105
Setzu	64	61	125	7,77	16
Siddi	280	279	559	11,02	51
Tuili	451	465	916	24,59	37
Turri	191	184	375	9,60	39
Ussaramanna	242	233	475	9,76	49
Villacidro	6.523	6.594	13.117	183,48	71
Villamar	1.223	1.195	2.418	38,53	63
Villanovaforru	386	269	655	10,93	61
Villanovafranca	584	579	1.163	27,59	42
<b>TOTALI</b>	<b>44.922</b>	<b>45.772</b>	<b>90.694</b>	<b>1.517,33</b>	<b>60</b>

Tabella 1–Popolazione e densità di popolazione al 01.01.2024 – Fonte ISTAT

## Distribuzione popolazione per fascia di età

<i>Classe d'età</i>	<i>Totale</i>	<i>%</i>
0-14	8.651	9,54%
15-39	20.621	22,74%
40-64	35.218	38,83%
65+	26.204	28,89%

Tabella 2 - Distribuzione per fascia di età \_al 01.01.2024 – Fonte ISTAT

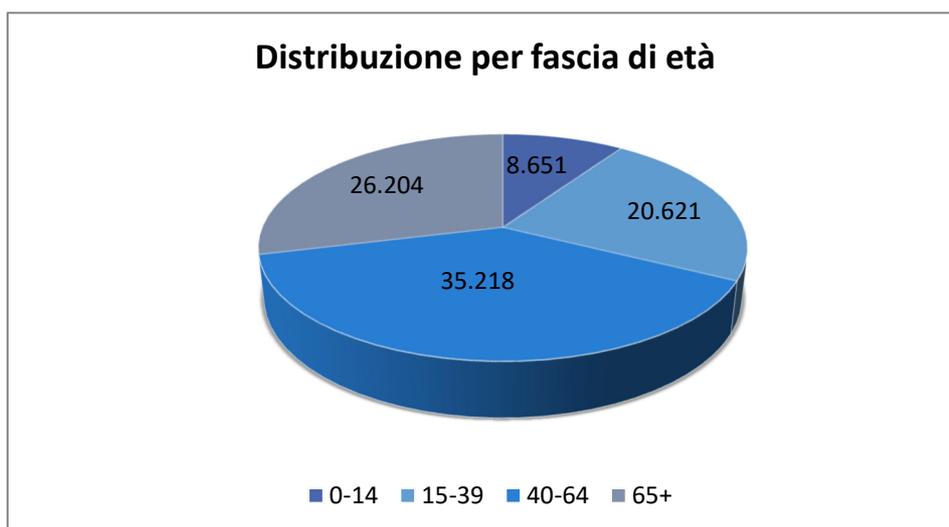


Figura 3

La *tabella 2* e la *figura 3* evidenziano 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 **302,90%** ed è più alto sia rispetto al valore dell'indice regionale pari al **265,94%** che di quello nazionale pari a **199,84%**.

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 191,03%, 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 62%; 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.

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 fidelizzazione degli utenti e degli operatori;
- sviluppo di un adeguato sistema di gestione dei flussi informativi aziendali (economici, epidemiologici, sanitari, socio-demografici).

La **visione strategica** rappresenta l'ideale e i risultati che l'azienda mira a raggiungere nel lungo periodo:

- soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini garantendo le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (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 e in condizioni di sicurezza;
- aumentare il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e promuovere la qualità dell'assistenza.

La **missione strategica** è una dichiarazione chiara che delinea lo scopo fondamentale dell'azienda e le azioni che intende intraprendere per realizzare la sua visione strategica che possono essere così sintetizzate:

- 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.

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 è attuata dalla ASL n. 6 del Medio Campidano con l’obiettivo 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 di base per rendere più accessibili al cittadino tutti i servizi sanitari non richiedenti cure ospedaliere;
- 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, al fine di contribuire al raggiungimento del valore pubblico, stabilisce gli obiettivi indicati nell'allegato 1 "Obiettivi di valore pubblico" di questo documento.

Allegati alla Sezione Valore Pubblico:

Allegato\_1 "Obiettivi di valore pubblico"

## 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. 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 e agli obiettivi di budget concordati tra la Direzione Aziendale e i responsabili delle varie articolazioni organizzative.

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

- promozione della responsabilizzazione degli operatori sia a livello dirigenziale che operativo attraverso l'attribuzione degli obiettivi strategici e operativi, nonché la delega di tutte le azioni richieste al fine di stimolare il senso di responsabilità individuale e coinvolgere tutto il personale nell'attuazione degli obiettivi aziendali;
- garanzia di un corretto utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- definizione di un adeguato Sistema di Reporting che consenta di fornire informazioni dettagliate in tempo reale e permetta alla direzione aziendale di identificare eventuali scostamenti dalla programmazione stabilita e di adottare prontamente le azioni correttive necessarie;

- implementazione di una piattaforma software finalizzata a monitorare il livello di soddisfazione degli utenti esterni che utilizzano i servizi forniti dalle strutture della ASL, nonché a valutare l'apprezzamento degli utenti interni nei confronti dei servizi strumentali e di supporto offerti. Questo sistema consentirà una raccolta efficiente delle valutazioni degli utenti, permettendo un'analisi approfondita del feedback al fine di migliorare costantemente la qualità dei servizi erogati;

Con riferimento agli obiettivi di performance del Direttore Generale, la Regione Autonoma della Sardegna (RAS) non ha ancora provveduto, al momento, alla loro assegnazione per l'anno 2025. Tuttavia, nell'allegato 2, intitolato "Obiettivi di Performance Organizzativa" di questo documento, sono delineati gli obiettivi che il Direttore Generale intende proporre per il 2025. Tali obiettivi saranno successivamente integrati da quelli assegnati dalla RAS al Direttore Generale e, in seguito, ulteriormente sviluppati e dettagliati negli obiettivi di budget di ciascuna struttura aziendale.

L'intero processo sarà condotto attraverso l'adozione di una metodologia condivisa e partecipata, che garantirà una pianificazione coordinata e l'assegnazione di obiettivi comuni a più strutture aziendali, seguendo un approccio basato sulla logica di processo. Contemporaneamente, saranno definiti obiettivi specifici, strettamente legati alle funzioni e alle attività di ogni articolazione organizzativa, assicurando così un allineamento tra gli obiettivi strategici aziendali e le attività operative delle singole strutture.

*Allegati alla Sezione Performance:*

Allegato\_2 "Obiettivi di Performance"

## **2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza**

### **2.3.1 Il Piano per la Prevenzione della Corruzione**

#### **2.3.1.1 - Considerazioni introduttive**

Con l'entrata in vigore della legge 6 novembre 2012, n. 190, è stato introdotto nel nostro ordinamento un sistema integrato di politiche anticorruzione che si articola sul rafforzamento dell'impianto repressivo, sull'adozione (o il potenziamento, laddove esistenti) delle misure preventive nonché sulla promozione di una cultura della legalità e dell'etica pubblica nelle amministrazioni centrali e locali.

In particolare, la strategia di prevenzione della corruzione si articola su un duplice livello: a livello nazionale l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) predispone e adotta il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), costituente un atto di indirizzo, che funge da supporto nell'adozione delle misure di prevenzione della corruzione all'interno della sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza dei Piani integrati di attività e

organizzazione (PIAO), elaborati a livello decentrato dalle singole amministrazioni. Questa bipartizione dell'impianto strategico di risposta al rischio di corruzione garantisce una coerenza complessiva del sistema a livello nazionale, demandando però ad ogni Amministrazione l'individuazione di concrete ed effettive misure di prevenzione della corruzione, considerato che solo esse sono nelle condizioni di conoscere la propria realtà organizzativa e il contesto in cui si trovano ad esercitare le funzioni assegnate.

La logica su cui si fonda il richiamato intervento normativo è quella secondo cui il contrasto alla corruzione basato unicamente sulla repressione penale non è sufficiente, stante i limiti dell'azione del giudice penale di fronte a comportamenti diffusi.

Con la legge n. 190, il legislatore ha operato sia sul versante del rafforzamento delle misure repressive sia su quello della prevenzione attraverso l'adozione di misure amministrative idonee a soddisfare l'esigenza di legalità nell'azione della pubblica amministrazione.

L'idea sottesa all'intera politica di prevenzione di cui alla legge n. 190/2012 è quella di un rischio, la corruzione, che può essere contenuto attraverso adeguati accorgimenti preventivi.

L'impianto normativo si fonda su un concetto di corruzione più ampio di quello di matrice penalistica, riconducibile alla c.d. *maladministration*, ossia al malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni pubbliche attribuite. Cambia quindi l'approccio complessivo, atteso che il campo di intervento non è più circoscritto a sanzionare specifiche condotte individuali, ma è rivolto a questioni preliminari, aspetti organizzativi, regolazione e procedimentalizzazione di determinate attività.

Le misure per la prevenzione del fenomeno corruttivo concernono i diversi ambiti in cui si articola l'attività amministrativa.

La strategia delineata dalla legge n. 190/2012 poggia essenzialmente su tre pilastri.

Il primo consiste nella previsione per ogni pubblica amministrazione dell'obbligo di dotarsi di uno specifico piano di prevenzione della corruzione, contenente tutte le misure organizzative volte a prevenire il verificarsi di episodi di natura corruttiva, misure che devono ovviamente essere calibrate alle peculiarità dei rischi previamente individuati.

Il secondo pilastro si traduce nella necessità di massima trasparenza dell'azione amministrativa e, conseguentemente, nella piena accessibilità agli atti e alle informazioni detenute dalla pubblica amministrazione. Si pone pertanto l'attenzione sul diverso rapporto che deve intercorrere tra amministrazione e cittadini, il che implica che i funzionari pubblici debbano rendere conto ai cittadini del proprio operato (c.d. *accountability*).

Il terzo pilastro è connesso invece ai comportamenti dei dipendenti pubblici, che devono essere improntati ad un canone di imparzialità, sempre volti al perseguimento dell'interesse pubblico.

In tale contesto, la legge n. 190/2012 ha conferito al Governo delega per il riordino di alcune discipline in materia di pubblicità e trasparenza, di determinazione di illeciti e dei termini dei procedimenti, di codice di

comportamento dei dipendenti della P.A. e della individuazione dei divieti di autorizzazione e incarichi esterni. Tale delega è stata esercitata mediante l'adozione del D.lgs. n. 33/2013 ("Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, approvato dal Governo il 15 febbraio 2013, in attuazione di commi 35 e 36 dell'art. 1 della L. 190/2012") e del D.lgs. n. 39/2013 ("Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della L. 6 novembre 2012, n. 190")

Infine, con il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, in attuazione dell'art. 54 del D.lgs. 165/2001, a sua volta significativamente inciso dalla legge n. 190/2012, è stato adottato il "Codice di comportamento per i dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni"

### **2.3.1.2 - Anticorruzione, trasparenza, PIAO**

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

In particolare, l'Azienda ha tenuto conto dell'aggiornamento per il 2023 del PNA 2022 - aggiornamento adottato con Deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 - fondamentale atto di indirizzo a cui la ASL del Medio Campidano si attiene, delle modifiche apportate dal D.lgs. n. 36/2023, che ha riformato la materia dei contratti pubblici, che come noto rappresentano uno degli ambiti a più elevato rischio corruttivo e dalle recenti attività regolatrice da parte dell'ANAC.

- L'aggiornamento del PNA 2023 si è concentrato sul settore dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del nuovo Codice, individuando i primi impatti che esso sta avendo anche sulla predisposizione di presidi di anticorruzione e trasparenza. Sono stati esaminati i principali profili critici che emergono dalla nuova normativa e, di conseguenza, sostituite integralmente le indicazioni riguardanti le criticità, gli eventi rischiosi e le misure di prevenzione già contenute nel PNA 2022, con la precisazione delle parti superate ovvero non più in vigore dopo la data di efficacia del D.lgs. 36/2023 del 1° luglio.

È quindi stata rielaborata e sostituita la tabella contenente l'esemplificazione delle possibili correlazioni tra rischi corruttivi e misure di prevenzione della corruzione (tabella n. 12 del PNA 2022) con nuove tabelle aggiornate.

La parte finale è dedicata alla trasparenza dei contratti pubblici. Si è delineata la disciplina applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del

sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall’Autorità, in particolare quelli adottati con le delibere ANAC nn. 261 e 264, e successivi aggiornamenti, del 2023. L’Allegato 1) a quest’ultima elenca i dati, i documenti, le informazioni inerenti il ciclo di vita dei contratti la cui pubblicazione va assicurata nella sezione “Amministrazione trasparente”, sottosezione “Bandi di gara e contratti”. Sono state inoltre fornite indicazioni sulla attuazione degli obblighi di trasparenza per le procedure avviate nel 2023 e non ancora concluse.

- Nella riscrittura del Codice degli appalti il legislatore si è ispirato a due principi cardine: **il principio del risultato**, volto a garantire che l’affidamento e l’esecuzione del contratto avvengano con la massima tempestività e nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza e concorrenza, ed **il principio della fiducia** nell’azione legittima, trasparente e corretta della Pubblica Amministrazione, dei funzionari e degli operatori economici.

Tali principi ispirano tutto il Codice e costituiscono la guida con cui approcciarsi alla lettura delle nuove norme, tra cui quelle sul conflitto di interessi (art. 16 del nuovo Codice). Rispetto alla corrispondente norma del precedente Codice (art. 42 del D.lgs. n. 50/2016), la nuova formulazione appare più snella e e particolarmente incentrata sul recepimento della nozione eurocomunitaria di conflitto di interesse, demarcandone i confini.

Nel rispetto delle esigenze di semplificazione e accelerazione delle procedure di gara, il legislatore ha innalzato la soglia di attenzione sul rischio corruttivo, in particolar modo nell’attuazione del PNRR.

- Con riferimento infine all’attività di regolazione e di delucidazione svolta dall’ANAC, si riportano alcuni tra i principali provvedimenti emanati nel corso del 2024, in materia di prevenzione della corruzione, di trasparenza e di contrattualistica pubblica finalizzati a disciplinare determinati ambiti di particolare rilevanza:

- Delibera n. 497 del 29 ottobre 2024: Indicazioni alle stazioni appaltanti in merito alle modalità di espletamento dei controlli e delle verifiche da svolgere durante la fase esecutiva degli appalti di servizi e forniture;
- Delibera n. 495 del 25 settembre 2024: Amministrazione trasparente, nuovi schemi di pubblicazione su utilizzo risorse, organizzazione e controlli su attività;
- Delibera n. 493 del 25 settembre 2024: Linee guida n. 1 in tema di c.d. divieto di pantouflage art. 53, comma 16-ter, D.lgs. 165/2001;
- Delibera n. 412 del 11 settembre 2024: Regolamento sull’esercizio dell’attività di vigilanza in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari;
- Delibera n. 398 del 24 luglio 2024: Regolamento concernente l’organizzazione e il funzionamento dell’Autorità Nazionale Anticorruzione;



- Comunicato del Presidente del 10 luglio 2024: Chiarimenti in merito al calcolo del valore stimato dell'appalto e al conseguente rispetto del divieto di frazionamento degli incarichi per i servizi di ingegneria e architettura;
- Comunicato del Presidente del 3 luglio 2024: Indicazioni in merito all'inserimento di dati personali nelle informazioni trasmesse alla BDNCP e/o pubblicate sul sito istituzionale delle Amministrazioni;
- Comunicato del Presidente del 28 giugno 2024: Proroga delle indicazioni fornite con la Delibera n. 606/2023 e il Comunicato del 31/01/2024 e ulteriori chiarimenti in materia di garanzie fideiussorie. (vedi anche Delibera n. 319 del 3 luglio 2024 ad oggetto: Ratifica Comunicato del Presidente del 28 giugno 2024 - garanzie fideiussorie);
- Comunicato del Presidente del 24 giugno 2024: Dichiarata l'illegittimità costituzionale della fattispecie di inconferibilità recata dall'art. 7, comma 2 ultima parte, lettera d), del D.D.lgs. n. 39 del 2013;
- Comunicato del Presidente del 24 giugno 2024: Chiarimenti in merito al principio di rotazione degli affidamenti;
- Comunicato del Presidente del 5 giugno 2024: Indicazioni in merito ai criteri di selezione degli operatori economici da invitare alle procedure negoziate;
- Atto del Presidente del 19 aprile 2024: Problematiche applicative del nuovo codice dei contratti pubblici in materia di servizi di ingegneria e architettura - Nota Anac a Cabina di Regia e ministri Economia e Infrastrutture per il codice dei contratti pubblici.
- Comunicato del Presidente del 23 aprile 2024: Precisazioni sul ruolo di ANAC e del RPCT nell'accertamento delle ipotesi di inconferibilità/incompatibilità ai sensi degli artt. 15 e 16 del D.lgs. 39/2013;
- Comunicato del Presidente del 24 gennaio 2024: Indicazioni sul collegamento ipertestuale alla documentazione di gara inserito nei bandi pubblicati tramite BDNCP.

## **2.3.2 - I Principali attori della prevenzione della corruzione**

### **2.3.2.1 - La Direzione Aziendale**

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

- designa e supporta il RPCT;
- 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.

### **2.3.2.2 - 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 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'OIV. Con riferimento alla relazione RPCT per l'anno 2024, il termine è stato prorogato dall'ANAC al 31 Gennaio 2025. 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.

### **2.3.2.3 - 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 i 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 e dei referenti del RPCT, nel rispetto delle tempistiche assegnate, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, implementazione e monitoraggio delle misure adottate nel PIAO;
- 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.

### **2.3.2.4 - 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'Azienda (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.

### **2.3.2.5 - 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), 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.

Con Deliberazione n. 180 del 06 Marzo 2024, ha adottato il Regolamento per i procedimenti disciplinari e di organizzazione e funzionamento dell'Ufficio procedimenti disciplinari, corredato della relativa modulistica, con lo scopo di rendere trasparente i principi che regolano il procedimento disciplinare, quali siano le condizioni per l'avvio di un tale procedimento a carico di un dipendenti dell'Azienda, quali siano i responsabili della sua attivazione e con quali logiche si debbano interfacciare i diversi responsabili coinvolti.

#### **2.3.2.6 - Il Responsabile della formazione**

Il Piano Nazionale Anticorruzione attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio.

La Struttura Complessa "Formazione, Accreditamento ECM", inquadrata nel Dipartimento di Staff di ARES Sardegna, gestisce la definizione e la programmazione dei fabbisogni formativi delle risorse umane delle Aziende del SSR e la progettazione, programmazione e pianificazione di attività formative che rivestano una particolare rilevanza sul piano della innovazione nell'ambito della formazione continua e la pianificazione e la programmazione degli eventi formativi e dell'aggiornamento professionale. Gestisce gli eventi formativi, tra cui quelli fruibili in modalità FAD asincrona.

Si rileva l'opportunità di 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.

#### **2.3.2.7 - 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.

#### **2.3.2.8 - I referenti per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**

I Referenti, individuati da ogni Direttore di Struttura fra i propri collaboratori, si pongono come interfaccia tra la struttura di appartenenza e il RPCT per la corretta attuazione e rendicontazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la raccolta e tempestiva pubblicazione dei dati e per migliorare la circolazione delle informazioni e la qualità dei dati stessi.

#### **2.3.2.9 - 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 la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC con i dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo. Tali adempimenti sussistono fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

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

Premesso che, ad oggi, non sono intervenuti fatti corruttivi nel triennio di vigenza del PIAO 2024-2026 - 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.

La gestione del rischio corruzione si articola nelle seguenti fasi:

1. Analisi del contesto (esterno ed interno)
2. Identificazione dei rischi
3. Analisi dei rischi
4. Ponderazione dei rischi
5. Individuazione delle misure di trattamento
6. Attività di monitoraggio

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:

· Medio (normativa di principio, ridotta pubblicità, attività a media discrezionalità, controlli ridotti, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo). Nei casi in cui sia riscontrabile un livello di rischio medio, saranno assicurati controlli e verifiche semestrali, definizione di protocolli operativi o regolamenti e implementazione delle misure preventive specificatamente individuate.

· Alto (alta discrezionalità, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo, potere decisionale concentrato in capo a singole persone, rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi, rischio di danni alla salute in caso di abusi, notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi). Nelle attività in cui è previsto un alto livello di rischio, 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 già rappresentato, 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 di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione.**

I Piani Nazionali Anticorruzione, così come il PIAO aziendale, nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza, 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 la Asl medio Campidano intende mettere in campo in questa fase di stabilizzazione degli assetti aziendali, 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 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.

#### **2.3.4.1 - 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 di eventuali limiti oggettivi e/o soggettivi - potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici. Va precisato che sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali in modo di consentire loro di presentare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti l'apertura di fasi di negoziazione in materia (vedi Delibera 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.

La rotazione del personale 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 né dovrà essere causa di riduzioni del trattamento economico attribuito al personale coinvolto.

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.

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

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

#### **2.3.4.2 - Criteri per la rotazione ordinaria del personale**

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

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

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

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

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

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

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

- favorire maggiore trasparenza nella gestione dei processi;
- favorire maggiore partecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;
- individuare e promuovere meccanismi di condivisione delle fasi procedurali;
- applicare la sottoscrizione multipla del provvedimento conclusivo, da parte del soggetto istruttore della pratica, del responsabile del procedimento, del responsabile della struttura proponente e del titolare del potere di adozione dell’atto finale (la Direzione Aziendale);
- 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;
- verifica collegiale dei requisiti nelle procedure ad evidenza pubblica (gare d'appalto, concessioni contributi, concessioni immobili);

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.

#### **2.3.4.3 - Rotazione ordinaria del personale Dirigenziale**

La rotazione dei dirigenti, in attuazione dei principi generali sopra declinati, si realizza per le aree per le quali, dietro valutazione 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 l'alternanza fra i Direttori di Strutture Complesse, fra i Responsabili di Strutture Semplici, dei Responsabili di procedimento, nonché dei Componenti delle commissioni di gara e di concorso. Si auspica una rotazione dei dirigenti a livello intra dipartimentale, in modo da evitare potenziali criticità riconducibili allo svolgimento di attività troppo distanti o scarsamente affini rispetto a quelle precedentemente svolte e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio.

I Dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva collaborazione e dell'accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento. Per quanto concerne, nello specifico, la rotazione del personale in ambito veterinario, considerato che l'attività di vigilanza e controllo è svolta di

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

#### **2.3.4.4 - Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale**

Il principio della rotazione si applica con gradualità anche al personale non dirigenziale, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, avendo cura di evitare discontinuità e rallentamenti nell'attività conseguenti a possibili interferenze con la rotazione del personale dirigenziale. La rotazione si attua compatibilmente con le esigenze organizzative, le risorse disponibili e le attitudini specifiche richieste, seguendo una programmazione che tiene conto dell'esigenza di salvaguardare il buon andamento e la continuità dell'azione, al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e negli atti di competenza propria dell'Azienda. La rotazione del personale è attuata e monitorata dal Direttore Responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente.

#### **2.3.4.5 - Rotazione straordinaria del personale**

L'istituto della "rotazione straordinaria" è previsto dall'art. 16, comma 1, lett. l quater del D.lgs. n.165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". Tale misura, cosiddetta rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Azienda. La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e con il quale viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito. Il trasferimento può avvenire con un trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede. Pur non trattandosi di un provvedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga dato all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misura di tipo cautelare.

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

#### **2.3.4.6 - Tempistica ed immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria**

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

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

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

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

#### **2.3.4.7 - Durata della rotazione straordinaria**

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

#### **2.3.4.8 - 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.

### **2.3.4.9 - 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/](http://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, 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.

L'aggiornamento ha interessato, in particolare l'art 8, relativo al comportamento dei dipendenti durante l'attività extra lavorativa, e l'art. 15, che indica i Dirigenti responsabili di ciascuna struttura, i titolari di incarichi di Posizione organizzativa e di Coordinamento quali soggetti deputati a vigilare sull'osservanza del Codice di Comportamento Aziendale, oltre che di quello generale, da parte del personale di afferenza.

In ogni contratto di lavoro individuale, sia a tempo determinato che indeterminato, è contenuto apposito articolo dedicato al Codice di Comportamento Aziendale, in cui si indicano gli estremi, il link per la consultazione, gli obblighi e le responsabilità ad esso collegati.

La vigilanza sull'osservanza del Codice di Comportamento è garantita dal sistema di comunicazione tra i Direttori e Responsabili delle strutture aziendali, il Direttore della SC Gestione Risorse Umane e L'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Attualmente è in corso di definizione un ulteriore aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale, nel rispetto delle nuove disposizioni introdotte dal DPR n. 81/2023.

#### **2.3.4.10 - Il conflitto di interessi**

Nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni, le questioni legate al conflitto di interessi costituiscono un tema molto sentito. Il conflitto d'interesse si verifica quando un interesse privato di un pubblico funzionario influisce sul soddisfacimento degli interessi pubblici, compromettendo così l'imparzialità richiesta nel processo decisionale. Esso può riguardare non solo situazioni esplicitamente descritte dalla legge, ma anche altre situazioni che possono compromettere l'imparzialità.

In via generale, la più rilevante misura preventiva di contrasto al conflitto di interessi, attuale o anche meramente potenziale, adottata dalla Asl Medio Campidano, consiste nell'obbligo in capo a tutti i dipendenti, all'atto dell'assegnazione ad una struttura, di informare per iscritto il dirigente della struttura di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che abbiano attinenza con l'ambito di attività dell'Azienda e che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni.

E' previsto inoltre l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al responsabile della struttura competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi.

Gli stessi sono altresì tenuti a segnalare l'ipotesi di conflitto di interessi potenziale, che può riguardare anche i rapporti intercorsi o attuali tra parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente e

soggetti privati. Ogni dipendente, inoltre, deve segnalare e astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o Dirigente.

Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Il conflitto di interessi infatti può coinvolgere interessi di vario genere, inclusi quelli non patrimoniali, come quelli derivanti dalla volontà di soddisfare pressioni politiche, sindacali o da parte dei superiori gerarchici.

La segnalazione del conflitto di interessi deve essere indirizzata al Direttore/Responsabile di struttura e, contestualmente al RPCT. I due soggetti, esaminate le circostanze, valutano se la situazione realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

La relativa decisione in merito deve essere comunicata al dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, lo stesso incarico dovrà essere affidato dal Dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo al procedimento.

Nelle ipotesi in cui il conflitto riguardi il Direttore/Responsabile di struttura, la segnalazione, indirizzata al Direttore Generale e al RPCT, viene gestita attraverso l'assegnazione automatica della pratica al Dirigente competente per materia. La violazione della norma comporta l'illegittimità del provvedimento finale e responsabilità disciplinare del dipendente/Dirigente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento disciplinare.

L'obbligo di segnalazione e astensione è esteso anche al personale delle stazioni appaltanti, comprese le società pubbliche, in house e gli enti privati, e a quello dei prestatori di servizi che intervengono nello svolgimento di una procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, anche per conto di una stazione appaltante; i medesimi obblighi sono estesi anche ai consulenti e collaboratori e a tutti coloro che, in base a un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'Azienda nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna.

#### **2.3.4.11 - Il conflitto di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici**

L'articolo 16 del nuovo codice appalti ha modificato le regole sui conflitti di interesse, stabilendo che "si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella

procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione”.

Il personale che si trova in una condizione di **conflitto di interesse**, deve fare comunicazione alla stazione appaltante o all’ente concedente e si deve astenere dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all’esecuzione.

D’altra parte, le stazioni appaltanti devono adottare misure necessarie per individuare, prevenire e risolvere ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni.

In materia di conflitto di interessi, occorre richiamare anche l’art. 95 (cause di esclusione non automatica), ai sensi del quale la stazione appaltante *“esclude dalla partecipazione alla procedura un operatore economico qualora accerti: [...] b) che la partecipazione dell’operatore economico determini una situazione di conflitto di interesse di cui all’articolo 16 non diversamente risolvibile”*.

La norma intende quindi includere nel suo campo di applicazione, ogni situazione di conflitto di interesse che possa minare il trasparente, corretto e imparziale svolgimento della gara, confermando inoltre l’operatività delle sue previsioni anche nella fase esecutiva del contratto pubblico.

Il configurarsi del conflitto di interessi richiede verifiche in concreto e sulla base di prove specifiche, pertanto, l’eventuale esclusione da una gara d’appalto di un operatore economico **non è automatica**, ma deve essere pronunciata all’esito di una valutazione della stazione appaltante in ordine alla situazione concreta.

Le previsioni dell’art. 24, comma 7 del previgente Codice, non sono state riprodotte nel D.lgs. 36/2023, nel quale le situazioni di conflitto di interesse hanno trovato una regolamentazione unitaria – come detto – nell’art. 16 che semplifica la disciplina in materia ed elimina norme presenti in altra parte dell’ordinamento (ad esempio, nel piano anticorruzione, o nel codice di comportamento dei dipendenti pubblici – D.P.R. n. 62 del 2013) evitando confusioni e sovrapposizioni.

#### **2.3.4.12 - La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni di gara e di concorso e nelle assegnazioni agli uffici: l’art. 35-bis del D.lgs. 165 del 2001**

La normativa sopra citata dispone **preclusioni a operare e ad assumere incarichi in settori esposti a elevato rischio corruttivo**, in forza della presunzione di inaffidabilità del soggetto colpito da sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione.

L'art. 35 bis del D.lgs 165/2001 prevede infatti il divieto, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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

L'accertamento sui procedimenti penali avviene mediante **acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione** resa dall'interessato nei termini e nelle condizioni di cui all'art. 46 DPR 445/2000. Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Amministrazione:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- applica le misure previste dall'art. 3 D.lgs. 39/2013.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono affetti da nullità, ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. 39/2013. Se la situazione di inconferibilità e/o incompatibilità disciplinata all'art. 3 del D.lgs. 39/2013 si appalesa nel corso dello svolgimento dell'incarico, il RPCT, nell'esercizio dei poteri attribuiti ai sensi dell'art. 15 del decreto, deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Per quanto riguarda le incompatibilità per coloro che devono essere nominati componenti della commissione giudicatrice o di una commissione di concorso, devono essere acquisite le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità al momento dell'accettazione dell'incarico, in coerenza con la normativa di carattere generale riconducibile al D.lgs. n. 39/2013 e quelle specifiche contenute all'articolo 93 del D.lgs. n. 36/2023.

#### **2.3.4.13 - Incompatibilità/Inconferibilità incarichi**

Con il D.lgs. n. 39/2013 è stata introdotta la disciplina relativa all'attribuzione di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle Pubbliche Amministrazioni, negli Enti pubblici e negli Enti di diritto privato in controllo pubblico al fine di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa

agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita. Il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe inoltre generare il rischio di svolgimento non imparziale del potere amministrativo costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

Gli incarichi rilevanti per l'applicazione della normativa in esame includono posizioni dirigenziali interne ed esterne, incarichi amministrativi di vertice, ruoli di amministratore in enti pubblici e privati soggetti a controllo pubblico, nonché cariche in enti privati regolati o finanziati e componenti di organi di indirizzo politico, come definiti dall'art. 1 del D.lgs. 39/2013.

Le situazioni di inconferibilità degli incarichi dirigenziali sono specificamente previste dagli artt. 3 e seguenti del D.lgs. n. 39/2013 e descrivono i casi in cui non è possibile attribuire l'incarico a soggetti che si trovano in determinate condizioni. Le Linee Guida adottate dall'ANAC con delibera n. 833 del 3 agosto 2016, modificate dal Consiglio dell'Autorità nell'adunanza del 28 luglio 2021, evidenziano la necessità di verificare, al momento del conferimento dell'incarico dirigenziale, le autodichiarazioni degli interessati sull'assenza di cause di inconferibilità, che devono anche includere l'indicazione di eventuali condanne per reati contro la pubblica amministrazione. Per quanto riguarda l'incompatibilità, vengono acquisite, tramite apposita modulistica al momento dell'attribuzione degli incarichi dirigenziali, le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità, ai sensi degli artt. 9 "Incompatibilità tra incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati nonché tra gli stessi incarichi e le attività professionali" e 12 "Incompatibilità tra incarichi dirigenziali interni ed esterni e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali e locali" del D.lgs. n. 39/2013.

È condizione di efficacia e di legittimità degli atti di conferimento degli incarichi non solo la mera presentazione delle dichiarazioni ma anche la verifica della veridicità delle stesse.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi e la risoluzione dei relativi contratti. Ulteriori sanzioni sono previste a carico dei componenti degli organi responsabili della violazione, per i quali è stabilito il divieto per tre mesi di conferire incarichi. Con riferimento ai casi di incompatibilità, è prevista la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte della Direzione aziendale, dell'insorgere della causa della incompatibilità e in assenza di opzione da parte dell'interessato.

L'attività di verifica in materia di inconferibilità e incompatibilità è rimessa prioritariamente alla SSD Gestione Risorse Umane e alla Direzione Aziendale unitamente al RPCT, previa acquisizione e controllo tempestivo da parte di Servizi competenti, sulla completezza e veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese.

L'Azienda applica le seguenti misure di prevenzione:

- a) acquisizione di apposite dichiarazioni (dichiarazione sostitutiva per inconferibilità degli incarichi dirigenziali e 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) controllo tempestivo dell'insussistenza della causa di inconfiribilità e incompatibilità.

#### **2.3.4.14- Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extraistituzionali**

In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata da un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti.

Con riferimento all'autorizzazione di incarichi extra istituzionali ai dipendenti della Asl Medio Campidano, la procedura applicata prevede la richiesta di autorizzazione da presentarsi su apposita modulistica al Direttore Generale, il quale, con apposito provvedimento, comunica l'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico.

Le informazioni relative agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, comprendenti gli atti di conferimento, la tipologia di incarico, il periodo e l'importo, sono comunicate dal Servizio Gestione Risorse Umane al Dipartimento della Funzione Pubblica, mediante piattaforma PerlaPA.

Come previsto dall'art.53, c.12, del D.lgs 165/2001, gli incarichi conferiti o autorizzati ai dipendenti vanno inseriti entro 15 giorni dal conferimento o autorizzazione dell'incarico, da parte dell'amministrazione che ha autorizzato l'incarico.

La Asl Medio Campidano è regolarmente registrata sulla piattaforma PerlaPa, sono stati individuati sia un Responsabile PerlaPa sia i responsabili di ciascun adempimento relativo a tale piattaforma, compreso l'adempimento "Anagrafe delle Prestazioni", tramite il quale sono comunicati gli incarichi extra istituzionali conferiti.

Le tabelle riassuntive di tutti gli incarichi presenti nella banca dati sono liberamente consultabili dai cittadini sul sito [consulentipubblici.dfp.gov.it](https://consulentipubblici.dfp.gov.it), il cui link è presente nel percorso "Amministrazione Trasparente/Personale/Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti"

Nel corso dell'anno 2024 non sono pervenute segnalazioni sull' svolgimento di incarichi extra istituzionali che non siano stati autorizzati con apposito provvedimento del Direttore Generale.

#### **2.3.4.15 - 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.

#### **2.3.4.16 - 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.

Con deliberazione n. 493-bis del 25 settembre 2024, sul Regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione dell'art. 53, c. 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001.

Il Regolamento, in particolare, disciplina i procedimenti dell'Autorità concernenti l'esercizio del potere di vigilanza e sanzionatorio nel caso di violazioni del divieto di *pantouflage*, ai sensi della L. 190/2012 e del combinato disposto degli artt. 16 e 21 del D. Lgs. 39/2013.

In particolare, definisce: il diritto di accesso, il responsabile del procedimento, le modalità di comunicazione nell'ambito dei procedimenti, la conformità dell'attività di vigilanza e sanzionatoria ANAC agli indirizzi, prescrizioni e obiettivi indicati dal Presidente e dal Consiglio dell'Autorità, l'attività di vigilanza e sanzionatoria d'ufficio e su segnalazione, le modalità di presentazione della segnalazione, l'ordine di priorità delle segnalazioni, il trattamento delle segnalazioni anonime, i casi di improcedibilità della segnalazione e di archiviazione, i rapporti tra procedimento di vigilanza e sanzionatorio e giudizio pendente, la fase

preistruttoria, la fase di avvio del procedimento, la fase istruttoria: le audizioni e le ispezioni, la sospensione dei termini del procedimento, la comunicazione delle risultanze istruttorie, la fase conclusiva del procedimento.

#### **2.3.4.17 - 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 dello stesso costituirà condizione di ammissione alle procedure di gara, a tutte le procedure negoziate e agli affidamenti anche di importo inferiore a 40.000 euro, nonché per l'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematici. Tale condizione dovrà essere esplicitamente prevista nei bandi di gara e nelle lettere di invito.

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

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

il modello di Patto di Integrità utilizzato dall'Azienda si basa sul modello di cui alla Deliberazione del Direttore Generale di ATS Sardegna n. 437 del 04/06/2019.

#### **2.3.4.18 - 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:

- 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.
- 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 ambiti professionali;
- L'analisi del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e il codice disciplinare;
- I temi oggetto della formazione specifica, rivolta a categorie specifiche di dipendenti, riguardano:
  - Approfondimenti sulla normativa relativa al conflitto di interessi;
  - Analisi degli obblighi di pubblicità e trasparenza per le stazioni appaltanti (D. Lgs.33/2013);
  - Approfondimenti sulla Responsabilità Amministrativa;
  - Integrazione e approfondimento della mappatura del rischio di tutte le strutture aziendali e individuazione delle azioni da adottare, anche con l'esame di casi pratici e organizzazione di appositi focus group.

Come già avvenuto nel 2024, nel corso del 2025 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, privilegiando i neoassunti.

L'Azienda auspica inoltre l'effettuazione di un corso in presenza che proponga una prospettiva efficace per la realizzazione di misure anticorruzione ad hoc per la realtà della Asl Medio Campidano e che favorisca un clima di collaborazione e partecipazione di tutti i dipendenti e di un corso sull'attuazione degli obiettivi

relativi alla Trasparenza che preveda una comunicazione efficace e accessibile a tutta l'utenza di questa ASL relativamente alla pubblicazione delle informazioni e dei dati.

#### **2.3.4.19 - Le azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile**

Uno degli obiettivi principali della strategia di prevenzione della corruzione è quello di **favorire l'emersione dei fatti illeciti, corruttivi e di cattiva amministrazione**. A tal fine, riveste un ruolo fondamentale il **coinvolgimento e la partecipazione della cittadinanza** nell'implementazione delle politiche di prevenzione dell'Amministrazione e, soprattutto, nella diffusione di azioni di sensibilizzazione, volte a creare un dialogo con l'esterno al fine di rafforzare un rapporto di fiducia e favorire l'emersione di fenomeni corruttivi, per loro natura "occulti e silenti".

A tal fine risulta fondamentale attivare azioni e campagne di sensibilizzazione rivolte a tutti i cittadini, ai giovani in modo particolare, per far crescere la conoscenza e l'attenzione sul problema della corruzione e sulle sue conseguenze sulla vita della comunità.

Al fine di favorire la ricezione da parte della cittadinanza (persone fisiche, giuridiche, associazioni, ecc.) di eventuali proposte e suggerimenti nell'implementazione della strategia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, è stato pubblicato sul sito internet dell'Amministrazione un avviso di aggiornamento della presente sottosezione del PIAO, con la possibilità di presentare osservazioni, proposte, suggerimenti.

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

#### **2.3.4.20 - Monitoraggio eventi formativi sponsorizzati**

Nell'ambito della specificità dei percorsi formativi in sanità proseguirà nel corso del 2025 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).

I CCNLL dell'area sanità riconoscono al dirigente medico la libertà di autodeterminare il proprio percorso di aggiornamento professionale facoltativo, scegliendo in autonomia le 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.

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

#### **2.3.4.21 - 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. È vietato ogni comportamento discriminante 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.

Il D.lgs. 10 marzo 2023 n. 24, in attuazione della Direttiva UE 2019/1937, ha abrogato l'art. 54 bis del D.lgs. n. 165/2001, consolidando in un unico testo normativo la disciplina dei canali di segnalazione e delle tutele per chi, in ambito lavorativo, segnala, divulga o denuncia alle autorità giudiziarie o contabili, violazioni di norme nazionali o dell'Unione europea che ledano l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica.

Successivamente, l'ANAC, con la delibera del 12 luglio 2023 n. 311, ha approvato le *"Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne"*.

Le nuove disposizioni prevedono in particolare:

- che l'oggetto della segnalazione possa riguardare sia la violazione di disposizioni normative nazionali sia delle disposizioni dell'Unione europea che ledano l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica, apprese nell'ambito del proprio contesto lavorativo;

- l'ampliamento dell'ambito di applicazione soggettivo, ricomprendendo, oltre ai dipendenti della ASL Medio Campidano, tutti i soggetti puntualmente indicati all'art. 3 c.3 D.lgs. 24/2023;
- che la segnalazione possa essere effettuata sia in costanza del rapporto di lavoro o di altro tipo di rapporto giuridico, ma anche quando il rapporto giuridico non è ancora iniziato (durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali), durante il periodo di prova e successivamente allo scioglimento del rapporto giuridico;
- un ulteriore rafforzamento della tutela del segnalante attraverso meccanismi atti a prevenire la rivelazione della sua identità e di qualsiasi altra informazione da cui si possa evincere, direttamente o indirettamente tale identità, con l'introduzione del "consenso espresso" da parte del segnalante alla diffusione di tali dati, nell'ambito della fattispecie di cui al c..5 dell'art. 12 del D.lgs 24/2023;
- l'istituzione di un canale di segnalazione interno all'Amministrazione, in forma scritta, anche con modalità informatiche, oppure in forma orale attraverso linee telefoniche o sistemi di messaggistica vocale oppure mediante incontro diretto con il responsabile per la gestione delle segnalazioni;
- il canale di segnalazione esterna gestito da ANAC e la divulgazione pubblica da utilizzare solo al ricorrere di determinate condizioni espressamente previste dal D.lgs. n.24/2023.

La piattaforma "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.

Il numero e la tipologia delle segnalazioni sono oggetto di rilevazione e monitoraggio nella reazione annuale che il RPCT predispose e pubblica nella sezione amministrazione dedicata sul sito web aziendale entro il 15 dicembre di ciascun anno, salvo deroghe/rinvii disposti dall'ANAC.

L'Azienda ritiene che debba prediligersi il canale interno che consente di inviare le segnalazioni al RPCT in forma scritta e informatizzata, raggiungibile dai segnalanti al seguente indirizzo web:

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

Tale piattaforma informatica aziendale è stata attivata a decorrere dal 29/12/2022 mediante dotazione del sistema WhistleblowingPa.

#### **2.3.4.22 - Gestione fondi PNRR e fondi strutturali**

Il procedimento relativo alla gestione dei fondi PNRR delle Aziende Sanitarie è stato agevolato dalla mappatura europea dei progetti finanziati con il PNRR, in particolare quelli relativi alla "Missione 6 Salute".

Pertanto l'Azienda, come soggetto attuatore, comunica, per il tramite dell'Assessorato dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, le fasi relative alla gestione del fondo PNRR per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), comprese le informazioni relative al collaudo delle apparecchiature e alle immagini che testimoniano la conclusione dell'intervento e la piena operatività della COT.

Tali informazioni sono oggetto di pubblicazione attraverso l'apertura di uno specifico link "PNRR Missione Salute", all'interno della Sezione Amministrazione Trasparente, nella home page aziendale.

#### **2.3.4.23 - 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.

#### **2.3.4.24 - 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 RPC 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.

#### **2.3.4.25 - Collegamento con il piano delle performance**

L'efficacia del PIAO – Sezione Programmazione Anticorruzione e Trasparenza dipende dalla collaborazione effettiva di tutta l'Azienda, 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 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.

#### 2.3.4.26 - Monitoraggio e aggiornamento della sezione PTC

Il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno, redige una relazione recante i risultati dell'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti presentati dai dirigenti sulle misure poste in essere e sui 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.

La relazione del 2024 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.

#### 2.3.5 - Il programma per la trasparenza

Il **principio di trasparenza amministrativa** è disciplinato, principalmente, all'interno del **D. Lgs. n. 33/2013** e, secondariamente, in altre norme di settore vigenti (ad esempio nel Codice dei contratti di cui al D.lgs. n. 36/2023), cui devono aggiungersi gli atti di regolazione dell'ANAC volti a fornire specifiche indicazioni operative e attuative.

Ai sensi dell'art. 1, comma 1, del D. Lgs. n. 33/2013, la trasparenza è intesa come **“accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni**, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”.

Essa, oltre a rappresentare una regola fondante dell'agire amministrativo diretta a garantirne il buon andamento della pubblica amministrazione e, in generale, la conformità ai canoni costituzionali che sostanziano lo svolgimento della funzione amministrativa, è elevata dalla Legge n. 190/2012 al rango di “principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione” (Corte Cost. sentenza n. 20/2019).

Ai sensi dell'art. 1, comma 36, della legge n. 190/2012, le disposizioni di cui al D. Lgs. n. 33/2013 “integrano”, infatti, “l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai fini della trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione a norma dell'art. 117, comma 2 lett. m, della *Costituzione*...”.

A seguito dell'introduzione del PIAO, il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si è ulteriormente arricchito con il riconoscimento del suo ruolo nella creazione protezione di valore pubblico. Essa favorisce, infatti, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni

amministrazione realizza a favore della comunità di riferimento, degli utenti e degli stakeholders, sia esterni che interni.

### **2.3.5.1 - La trasparenza in materia di contratti pubblici**

In materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, la trasparenza si traduce in specifici obblighi di pubblicazione di un insieme di dati e atti relativi al ciclo di vita del singolo contratto.

La disciplina che dispone i suddetti obblighi di pubblicazione si rinviene oggi nell'art. 37 del D. Lgs. n. 33/2013, nel Codice dei contratti pubblici di cui al D.lgs. n. 36/2023 (che ha acquistato efficacia dal 1° luglio 2023) e nei provvedimenti adottati dall'ANAC (deliberazioni n. 261 del 20/06/2023, n. 264 del 20/06/2023, come modificata ed integrata con delibera n. 601 del 19/12/2023, e n. 582 del 13/12/2023).

In forza delle citate disposizioni normative e dei provvedimenti ANAC si sono determinati distinti regimi di pubblicazione in base alla data di pubblicazione del bando/avviso e dello stato dell'esecuzione del contratto alla data del 31.12.2023. Al riguardo si richiama la tabella riassuntiva di cui alla delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, che costituisca l'Allegato 3.1 del precedente PIAO 2024 – 2026.

In particolare, ai sensi dell'art. 225 comma 2 del Codice dei contratti pubblici (D. Lgs. n. 36/2023), dal 1° gennaio 2024 hanno acquistato efficacia le disposizioni in tema di trasparenza disciplinate nella Parte II del Libro I dello stesso decreto, denominata "Della digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti".

In concreto, per effetto di tali disposizioni gli obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici sono ora assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'art. 9-bis del d. lgs. n. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'art. 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;

- con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione Bandi di gara e contratti, di un collegamento ipertestuale;

che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP;

- con la pubblicazione sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione Bandi di gara e contratti, dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1 alla deliberazione ANAC n. 264/2023 e successivi aggiornamenti.

### **2.3.5.2 - L'attuazione concreta del principio di Trasparenza**

Per garantire la realizzazione della trasparenza, di fondamentale importanza sono le fasi della programmazione e del monitoraggio dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. n. 33/2013. Queste due fasi vanno strettamente correlate in modo da incrementare il processo di miglioramento della programmazione attraverso il rafforzamento e potenziamento della fase di monitoraggio e l'effettivo utilizzo degli esiti del monitoraggio per la programmazione successiva delle

misure di prevenzione. La piena attuazione della trasparenza comporta:

- il coinvolgimento e la collaborazione di tutti i soggetti responsabili degli obblighi di pubblicazione al fine di perseguire azioni di miglioramento continuo a fronte di una costante attività di verifica e monitoraggio, per le parti di competenza, del livello di adempimento, anche in termini di qualità, agli obblighi in materia di trasparenza;
- il rispetto dei criteri di qualità dei contenuti delle informazioni da pubblicare come disciplinati dall'art. 6 del D.lgs. 33/2013 è da intendersi un oggettivo parametro di misurazione del livello di cultura della trasparenza dell'Azienda in termini di effettività del rispetto dei relativi obblighi;
- la massima cura nella trattazione delle istanze di accesso civico semplice e generalizzato;
- la garanzia, per ogni informazione e ogni dato pubblicato, del complesso bilanciamento tra il principio di trasparenza con il diritto alla riservatezza e alla tutela dei dati personali, tenendo in particolare conto che l'Azienda tratta dati di tipo sanitario.

Si evidenzia come il sito web istituzionale (albo pretorio e sezione amministrazione trasparente) abbia visto un considerevole incremento 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 stakeholders 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 2025, 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, compreso il complessivo aggiornamento delle sezioni dedicate agli obblighi di trasparenza nel rispetto delle disposizioni del nuovo Codice degli appalti.

nel caso di importanti modifiche organizzative legate all'implementazione delle misure previste nell'Atto Aziendale.

Nel rispetto di quanto previsto dalle citate norme di legge e dalle deliberazioni ANAC, la Asl Medio Campidano ha adeguato la sottosezione "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, garantendo:

- a. il collegamento ipertestuale alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) presso l'ANAC, alla quale sono trasmesse tempestivamente le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati;
- b. la trasparenza di tutte le informazioni, dati e atti che devono essere pubblicati nel proprio sito istituzionale senza invio alla BDNCP presso l'ANAC, come previsto nell'Allegato 1 della delibera ANAC n. 264

del 20/06/2023, come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19/12/2023.

### **2.3.5.3 - Accesso civico agli atti**

L'effettiva attuazione della trasparenza è garantita anche dall'istituto dell'accesso civico semplice e generalizzato.

#### **Accesso civico semplice**

L'accesso civico semplice è disciplinato dall'art. 5, comma 1, del D. Lgs. n. 33/2013 ed è correlato ai soli documenti, informazioni e dati oggetto degli obblighi di pubblicazione disciplinati principalmente dallo stesso decreto e di cui all'allegato "Obblighi di pubblicazione"

Esso comporta il diritto, riconosciuto a chiunque, di richiedere i medesimi nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione e costituisce, in buona sostanza, un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge.

L'accesso civico non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente: la relativa istanza non deve, infatti, essere motivata ed è esperibile da chiunque, senza necessità che l'istante dimostri di essere titolare di un interesse diretto, concreto e attuale alla tutela di una situazione giuridica qualificata.

#### **Accesso civico generalizzato**

L'accesso civico generalizzato è, invece, disciplinato dall'art. 5, comma 2, del D. Lgs. n. 33/2013 e si configura quale diritto, in capo a chiunque, di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del D. Lgs n. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, disciplinati dall'art. 5-bis dello stesso decreto.

I Dirigenti di tutte le Strutture aziendali sono tenuti a dare corretta e puntuale attuazione, nella materia di propria competenza, al diritto di accesso civico generalizzato.

L'accesso civico generalizzato non sostituisce l'accesso civico semplice: quest'ultimo rimane circoscritto ai soli documenti, informazioni e dati oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, informazioni e dati interessati dall'inadempienza. L'accesso civico generalizzato è, invece, autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione.

L'accesso civico generalizzato è distinto, anche, dall'accesso ai documenti amministrativi di cui agli artt. 22 e ss. della legge n. 241/1990. Ai fini dell'istanza di accesso ex lege 241, il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un «interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso». La legge n. 241/90 esclude, poi, l'utilizzo di

tale diritto di accesso al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato. L'accesso civico generalizzato, invece, non richiede una legittimazione soggettiva del richiedente, in quanto diritto non correlato alla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, ed è finalizzato a favorire forme diffuse di controllo in relazione al perseguimento delle funzioni istituzionali e all'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

La gestione procedimentale dell'accesso civico semplice e generalizzato è supervisionata dalla Direzione Aziendale e affidata alla SSD Affari Generali che, gestendo il sistema di protocollo aziendale, raccoglie le istanze di accesso civico semplice e generalizzato e ne cura la trasmissione ai Dirigenti delle strutture competenti, dandone informazione al RPCT. La SSD Affari Generali e il RPCT supervisionano la corretta conclusione del procedimento e la completezza dei dati richiesti.

Gli accessi civici semplici e generalizzati sono indicati negli appositi registri inseriti nella pagina Amministrazione Trasparente – Sezione “Altri contenuti” – Sotto sezione “Accesso civico”, dove sono indicati anche i riferimenti normativi e i relativi contenuti.

#### **2.3.5.4 - Gli obiettivi di anticorruzione e trasparenza**

Negli allegati 3.2 "Rischi e misure di prevenzione" e 3.3 "Obblighi di pubblicazione," sono descritti rispettivamente gli obiettivi correlati alle misure anticorruzione, individuate in relazione ai processi identificati come a rischio corruttivo, e i flussi informativi necessari per garantire una pubblicazione accurata e completa dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente."

Entrambi gli allegati forniscono una dettagliata indicazione dei soggetti responsabili, dei termini di scadenza, delle frequenze e delle periodicità previste per gli adempimenti. Gli obiettivi legati alle misure anticorruzione e agli obblighi di trasparenza sono definiti come obiettivi specifici attribuiti ai soggetti incaricati. Nello specifico, nell'allegato 3.2 i responsabili sono indicati come "Soggetti responsabili dell'attuazione" mentre nell'allegato 3.3 sono designati come "Responsabili dell'elaborazione e trasmissione dei dati". A tali figure è affidato il compito di assicurare una puntuale e corretta attuazione delle attività previste, garantendo il rispetto delle scadenze e la piena conformità agli obblighi normativi e organizzativi, contribuendo così al miglioramento della trasparenza e alla prevenzione dei rischi corruttivi.

#### *Allegati alla Sezione Programmazione – Piano Anticorruzione e Trasparenza - PIAO 2025-27*

Allegato 3.1 - Misurazione\_del\_Rischio

Allegato 3.2 - Tabella\_rischi\_e\_misure di prevenzione

Allegato 3.3 - Obblighi\_di\_pubblicazione

Allegato 3.4 - 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 Regione Autonoma della Sardegna 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:

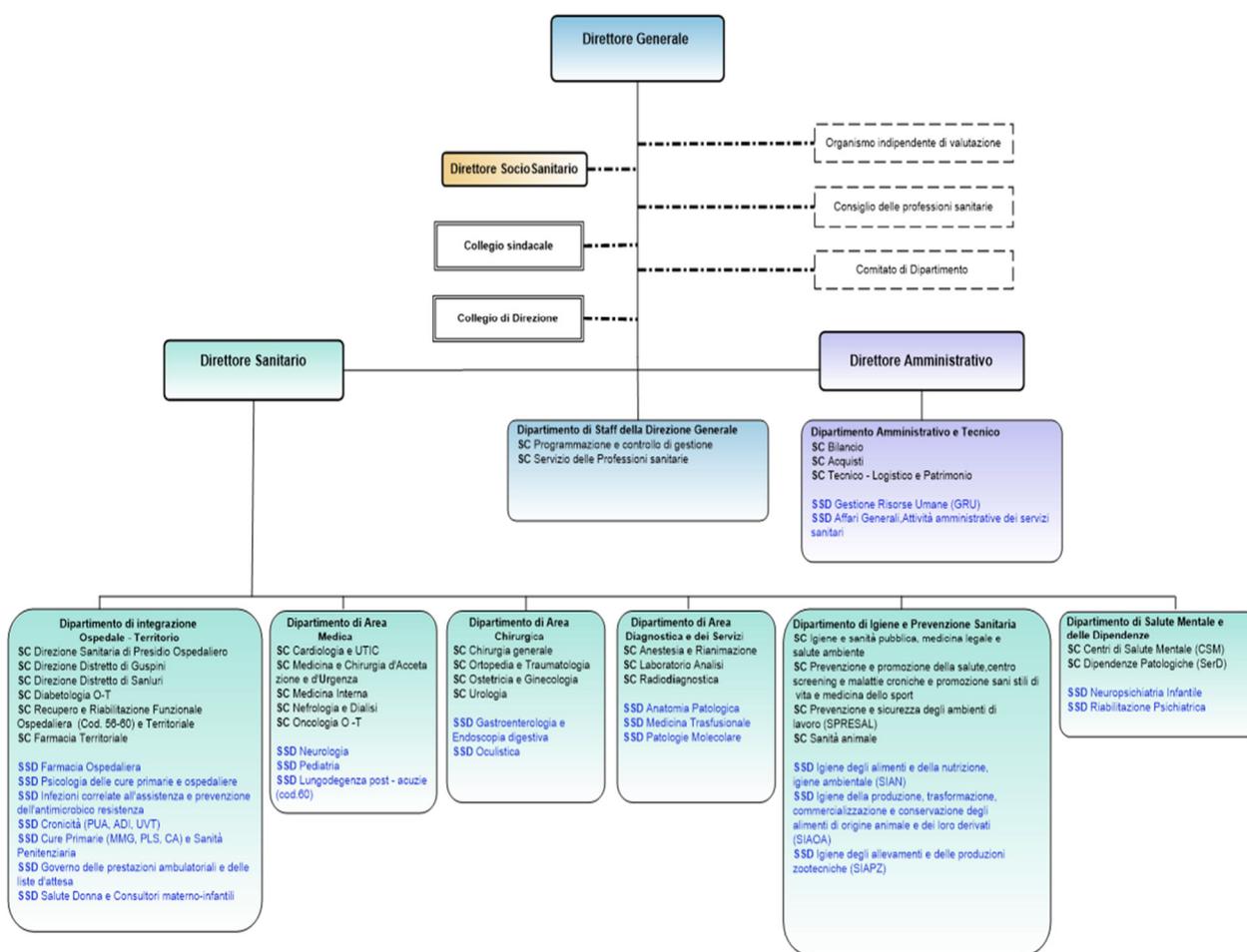


Figura 4

In conformità con quanto stabilito dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'azienda assume l'impegno di assicurare ai cittadini l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie fondamentali, così come definiti a livello nazionale. Questi livelli rappresentano un insieme di interventi e cure, ritenuti indispensabili per tutelare il diritto alla salute e garantire equità nell'accesso ai servizi. L'erogazione avviene attraverso tre principali ambiti di intervento: la prevenzione collettiva e la sanità pubblica, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera, assicurando così una risposta integrata e coordinata alle diverse esigenze di salute della popolazione, indipendentemente dalle condizioni economiche o sociali degli utenti.

### **La prevenzione collettiva e la sanità pubblica**

La tutela della salute, sia a livello collettivo che individuale, rappresenta un pilastro fondamentale per il benessere della comunità. A garantirla è il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, una struttura dedicata alla promozione di interventi mirati a prevenire malattie, migliorare la qualità della vita, garantire la sicurezza alimentare e promuovere il benessere animale. Questo dipartimento si distingue per un approccio sistematico e integrato, volto a rispondere alle molteplici sfide poste dalla sanità pubblica contemporanea.

La missione principale del Dipartimento è quella di garantire un ambiente sano e sicuro per tutti i cittadini.

Per raggiungere questo scopo, esso si occupa di:

- **Prevenzione delle malattie:** attuazione di strategie mirate alla riduzione dei fattori di rischio per la salute, promuovendo la prevenzione primaria e secondaria attraverso programmi di screening e campagne di sensibilizzazione.
- **Miglioramento della qualità della vita:** progettare interventi orientati a incrementare il benessere fisico e mentale delle persone, con un'attenzione particolare alle fasce più vulnerabili della popolazione.
- **Promozione del benessere animale:** monitorare e garantire la salute degli animali, considerando il loro ruolo cruciale nella filiera alimentare e nel contesto ambientale.
- **Sicurezza alimentare:** effettuare controlli rigorosi sulla produzione, distribuzione e consumo di alimenti, con un focus particolare sugli alimenti di origine animale.
- **Attività di Vigilanza e Controllo sui fattori di rischio per la salute delle comunità.** Queste azioni comprendono:
  - **Promozione di stili di vita sani:** Interventi educativi volti a sensibilizzare la popolazione sui benefici di una dieta equilibrata, dell'attività fisica e dell'abbandono di comportamenti dannosi come il fumo e l'abuso di alcol.
  - **Rimozione dei fattori di rischio:** Identificazione e mitigazione delle minacce alla salute derivanti dall'ambiente, dal lavoro o da condizioni sociali sfavorevoli.

- Interventi su segnalazione: Risposte rapide ed efficaci alle richieste e segnalazioni provenienti da istituzioni pubbliche o privati cittadini, assicurando un'attenzione costante ai bisogni emergenti della comunità.

In linea con il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) della Regione Autonoma della Sardegna (RAS), il Dipartimento opera altresì per affrontare le specifiche esigenze sanitarie del territorio. Il PRP costituisce un quadro strategico essenziale per affrontare le specifiche esigenze sanitarie e le problematiche territoriali della Sardegna, delineando obiettivi prioritari e azioni programmatiche orientate alla prevenzione e al miglioramento della salute pubblica.

### **L'assistenza territoriale**

L'Assistenza Sanitaria Territoriale nella ASL del Medio Campidano è strutturata per garantire alla popolazione residente una vasta gamma di servizi sanitari, con particolare attenzione alla qualità delle cure e all'accessibilità. L'organizzazione di questa rete assistenziale si basa sulla gestione diretta di numerose strutture sanitarie, affiancata dalla collaborazione con altre istituzioni e cooperative, con l'obiettivo di offrire un'assistenza capillare e integrata sul territorio.

Un elemento fondamentale nell'erogazione di tali servizi è rappresentato dal Dipartimento di Integrazione Ospedale-Territorio, il quale svolge un ruolo chiave nel coordinare le attività tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali. Questa funzione di raccordo assicura che i pazienti possano beneficiare di un percorso assistenziale continuo e armonizzato, riducendo il rischio di ricoveri ospedalieri ripetuti e ottimizzando l'efficienza dell'intero sistema sanitario. Grazie a questa integrazione, l'assistenza si sviluppa in modo fluido e senza interruzioni tra le diverse fasi del percorso di cura.

Parallelamente, il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze offre servizi mirati alla prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione per individui con problematiche psichiatriche, dipendenze patologiche e comportamenti devianti. Questo dipartimento opera attraverso il Centro di Salute Mentale, il Servizio Dipendenze e i servizi di Neuropsichiatria Infantile, garantendo interventi altamente specializzati e rispondenti ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il Centro di Salute Mentale assicura una presa in carico multidisciplinare dei pazienti adulti, basata su programmi terapeutici individualizzati che comprendono trattamenti specialistici, supporto psicologico e interventi di riabilitazione socio-assistenziale. La Neuropsichiatria Infantile, invece, si occupa della diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie psichiatriche e neurologiche che insorgono in età evolutiva, fornendo supporto sia ai bambini e adolescenti sia alle loro famiglie. Questo servizio è particolarmente orientato a interventi precoci, essenziali per ridurre l'impatto delle problematiche sull'età adulta, e collabora strettamente con scuole e altri enti territoriali per garantire un approccio integrato e inclusivo.

Il Servizio Dipendenze, infine, si concentra sulla prevenzione e gestione delle dipendenze patologiche, collaborando con altri servizi territoriali per garantire un approccio globale. Le attività di questo servizio sono orientate agli aspetti medici, psicologici e sociali, permettendo una risposta completa alle esigenze dei pazienti e integrandosi efficacemente nella rete assistenziale territoriale.

Questa articolazione complessiva sottolinea l'impegno della ASL del Medio Campidano nel fornire un'assistenza sanitaria territoriale efficiente, equa e incentrata sui bisogni della comunità, favorendo un sistema di cura integrato e continuativo che risponda a tutte le necessità della popolazione, con una particolare attenzione anche alle fasce più vulnerabili come bambini e adolescenti.

### **Assistenza ospedaliera**

L'assistenza ospedaliera nella ASL del Medio Campidano è garantita dal Presidio Ospedaliero Nostra Signora di Bonaria, situato a San Gavino Monreale. Questa struttura rappresenta un punto di riferimento fondamentale per la sanità del territorio, fornendo una vasta gamma di servizi medici orientati alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione di pazienti affetti da patologie di diversa natura e complessità.

Il Presidio è organizzato per rispondere alle necessità sanitarie sia in situazioni di emergenza e urgenza, sia nel contesto di patologie acute o post-acute che richiedano un ricovero. L'assistenza in regime di ricovero si articola in reparti dedicati, ciascuno dei quali è dotato di personale altamente qualificato e tecnologie avanzate per garantire interventi tempestivi e appropriati. Accanto all'assistenza in regime di ricovero, l'ospedale offre anche una vasta gamma di servizi ambulatoriali, attraverso i quali vengono effettuati interventi diagnostici, trattamenti e controlli periodici.

Le prestazioni del Presidio Nostra Signora di Bonaria coprono una molteplicità di specialità mediche e chirurgiche, rendendo la struttura un centro polifunzionale capace di rispondere alle esigenze di salute di un'ampia varietà di pazienti.

Un aspetto distintivo dell'ospedale è l'approccio multidisciplinare adottato nella gestione dei casi, che consente di integrare competenze diverse per offrire un'assistenza personalizzata e completa. Inoltre, il Presidio si impegna a promuovere percorsi di riabilitazione che favoriscano il recupero funzionale dei pazienti, contribuendo al loro reinserimento nella vita quotidiana.

Grazie alla sua organizzazione e alla qualità dei servizi erogati, il Presidio Ospedaliero Nostra Signora di Bonaria si configura come una risorsa indispensabile per il territorio, garantendo un'assistenza ospedaliera che coniuga efficienza, accessibilità e attenzione alle esigenze specifiche dei pazienti. La sua missione è quella di assicurare cure appropriate e di alto livello, contribuendo alla tutela del diritto alla salute per tutta la comunità.

### **Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è un programma strategico messo in atto dall'Italia per utilizzare i fondi messi a disposizione dall'Unione Europea nell'ambito del Next Generation EU (NGEU), un piano straordinario volto a rispondere alla crisi economica e sociale provocata dalla pandemia di COVID-19. Il PNRR italiano si articola in sei missioni, ognuna delle quali rappresenta un ambito fondamentale per il rilancio del Paese. Tra queste, la Missione 6 è dedicata alla Salute, con l'obiettivo di rafforzare il sistema sanitario nazionale, migliorare l'accesso alle cure e modernizzare le infrastrutture sanitarie.

La Missione 6 Salute del PNRR è finalizzata a garantire un sistema sanitario più equo, resiliente ed efficace. L'obiettivo principale è affrontare le criticità emerse durante la pandemia, come le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, la necessità di digitalizzazione e il potenziamento delle infrastrutture mediche. Questa missione si propone di costruire un sistema sanitario che sia in grado di rispondere alle sfide future, mettendo al centro la prevenzione, l'innovazione tecnologica e la medicina di prossimità.

La Missione Salute è suddivisa in due componenti principali:

1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Le aree di intervento della Missione Salute si articolano in diverse iniziative strategiche:

- Medicina territoriale e di prossimità: un focus specifico è posto sulla creazione di Case della Comunità, strutture polifunzionali che integrano servizi medici, sociali e assistenziali, sull'implementazione di Ospedali di Comunità per fornire cure intermedie e sulle Centrali Operative Territoriali.
- Telemedicina: grande importanza viene attribuita all'uso della tecnologia per migliorare l'accessibilità alle cure, in particolare per i pazienti con malattie croniche o che vivono in aree rurali o isolate.
- Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale: viene promosso l'uso di strumenti digitali, come il Fascicolo Sanitario Elettronico, per ottimizzare la gestione dei dati sanitari e migliorare la comunicazione tra medici e pazienti.
- Formazione e aggiornamento del personale sanitario: viene previsto un significativo investimento nella formazione dei professionisti, per garantire competenze adeguate nell'uso delle nuove tecnologie e nell'applicazione di modelli di cura innovativi.
- Ricerca e innovazione biomedica: sono previsti finanziamenti per sviluppare nuovi trattamenti e tecnologie, oltre che per promuovere l'eccellenza scientifica in ambito sanitario.

## **1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**

La Componente 1 della Missione Salute si propone di rafforzare i servizi sanitari territoriali, con l'obiettivo di avvicinare le cure ai cittadini e ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi tra le diverse regioni italiane. Questo approccio mira a garantire una maggiore equità e a promuovere un modello di sanità più vicino alle esigenze delle comunità locali.

Di seguito vengono elencati gli interventi recentemente completati e quelli programmati per il 2025 nella nostra azienda sanitaria

### *Centrale Operativa Territoriale di Samassi*

Il 20 giugno 2024 è stata avviata presso la nostra Azienda la Centrale Operativa Territoriale (COT) nel comune di Samassi. La struttura organizzativa è finalizzata al coordinamento della presa in carico della persona raccordando i servizi e i professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali, con la rete ospedaliera, territoriale, domiciliare e la rete dell'emergenza-urgenza. La struttura è stata finanziata con fondi PNRR - Missione M6 - Componente Sanitaria M6C1 e da un Cofinanziamento regionale integrativo (€ 173.039,00 + € 64.000,00 per un totale di € 237.039,00).

### *Casa della Comunità di Lunamatrona*

Il progetto per la realizzazione della nuova Casa della Comunità di Lunamatrona prevede l'organizzazione della struttura all'interno dell'immobile situato in Via Lazio 13, costruito nel 2013 e attualmente utilizzato come Ambulatorio di Guardia Medica. Il finanziamento destinato alla realizzazione ammonta a 1.310.610,40 euro, e i lavori, già affidati alla società appaltatrice, sono attualmente in fase di avvio. Questo intervento rappresenta un passo significativo verso il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale, promuovendo un modello organizzativo più vicino alle esigenze dei cittadini. La nuova Casa della Comunità diventerà un punto di riferimento essenziale per la popolazione locale, contribuendo a una sanità più accessibile, efficiente e orientata

L'iniziativa si inserisce all'interno di un programma più ampio di riforma e potenziamento del sistema sanitario nazionale, volto a ridurre le disuguaglianze territoriali e a migliorare il rapporto tra i cittadini e i servizi sanitari, con un'attenzione particolare alla prossimità e all'integrazione dei servizi.

### *Casa della Comunità di Sanluri*

La nuova Casa della Comunità di Sanluri sarà organizzata nei locali al piano terra e nel seminterrato del corpo di fabbrica identificato come Ala C e in una porzione del piano seminterrato del corpo di fabbrica denominato Ala B. L'immobile, edificato nel 2007, è attualmente adibito a Servizio Veterinario e ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e si trova in Via Bologna 13. Il finanziamento destinato alla realizzazione della struttura ammonta a 1.900.686,70 euro, i lavori già affidati alla società appaltatrice sono attualmente

in fase di consegna. Il progetto rappresenta un investimento cruciale per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria nel territorio, garantendo spazi dedicati e accessibili per rispondere ai bisogni della comunità.

Anche questa iniziativa si inserisce nel quadro del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ponendosi come un tassello fondamentale per la creazione di un sistema sanitario territoriale più equo, innovativo e al servizio delle persone.

### ***Ammodernamento parco tecnologico.***

La componente 2 della Missione Salute si concentra sulla modernizzazione tecnologica, promuovendo la transizione digitale e lo sviluppo di nuove tecnologie per migliorare l'efficienza del sistema.

Gli interventi previsti per l'ammodernamento del parco tecnologico nella nostra ASL riguardano diverse apparecchiature situate presso il Presidio Ospedaliero di San Gavino Monreale e altri punti strategici del territorio. Tra le iniziative principali figura l'installazione di una nuova Risonanza Magnetica, attualmente in fase di progettazione esecutiva, e l'introduzione di un avanzato sistema polifunzionale, anch'esso in fase di progettazione esecutiva. A queste si aggiunge la sostituzione dell'ortopantomografo, la cui installazione è pianificata in concomitanza con quella del sistema polifunzionale.

Presso la Radiologia del Poliambulatorio di Sanluri, è inoltre prevista l'installazione di un moderno tavolo telecomandato. I lavori edili e impiantistici necessari per l'installazione di questa apparecchiatura sono già inclusi nell'ambito degli interventi per la realizzazione della Casa della Comunità di Sanluri, garantendo così una pianificazione coordinata ed efficiente delle attività.

Questi interventi rappresentano un investimento significativo per il potenziamento e la modernizzazione delle tecnologie sanitarie del territorio. L'obiettivo è quello di migliorare sensibilmente la qualità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche offerte alla comunità, mettendo a disposizione strumenti all'avanguardia e promuovendo un'assistenza sempre più innovativa, accessibile ed efficace

## **2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale**

La componente 2 della Missione Salute si concentra sulla modernizzazione tecnologica, promuovendo la transizione digitale e lo sviluppo di nuove tecnologie per migliorare l'efficienza del sistema.

La digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) promuove l'adozione di strumenti innovativi, come il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), con l'obiettivo di ottimizzare la gestione dei dati sanitari e migliorare la comunicazione tra medici e pazienti. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) svolge un ruolo centrale nella trasformazione digitale del Servizio Sanitario Nazionale, offrendo funzionalità chiave che supportano cittadini, professionisti sanitari e Aziende Sanitarie in un sistema integrato e interconnesso:

*Accesso diretto per cittadini e pazienti:*

Il FSE rappresenta un punto unico di accesso per i cittadini, consentendo loro di fruire dei servizi essenziali offerti dal SSN, come la consultazione dei referti, delle prescrizioni e della documentazione clinica. Questo migliora l'interazione tra pazienti e sistema sanitario, favorendo maggiore autonomia e trasparenza.

*Supporto ai professionisti sanitari attraverso dati integrati:*

Grazie alla raccolta e all'organizzazione di informazioni cliniche complete e omogenee, il FSE offre ai professionisti sanitari una visione globale della storia clinica del paziente. Questo strumento consente una gestione più precisa e personalizzata delle cure, migliorando la continuità assistenziale e riducendo il rischio di duplicazioni o errori.

*Strumento di analisi per le Aziende Sanitarie:*

Il FSE funge da piattaforma avanzata per le Aziende Sanitarie, che possono sfruttare i dati raccolti per effettuare analisi approfondite sulle esigenze cliniche e sulle prestazioni sanitarie. Questo supporta il miglioramento dei servizi offerti, l'ottimizzazione delle risorse e la pianificazione di interventi mirati per il territorio.

Queste funzionalità sono strettamente interconnesse, creando un ecosistema digitale che facilita l'accesso alle cure, migliora il processo decisionale clinico e contribuisce all'efficienza complessiva del sistema sanitario. La Missione Salute del PNRR rappresenta un'opportunità unica per trasformare il sistema sanitario italiano, rendendolo più moderno, inclusivo e resiliente. Gli interventi previsti mirano non solo a colmare le lacune emerse negli ultimi anni, ma anche a costruire un sistema capace di affrontare le sfide del futuro, garantendo un miglioramento della qualità della vita per tutti i cittadini.

## **3.2 Organizzazione del lavoro agile**

### **3.2.1 Premessa**

Il lavoro agile rappresenta un'autentica rivoluzione nel tradizionale approccio basato sul controllo diretto della prestazione lavorativa, instaurando invece un patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore. Questo nuovo paradigma organizzativo si fonda sul principio guida "Far but Close", ovvero "lontano ma vicino", che racchiude l'essenza di un modello flessibile e responsabile. Tale principio si articola attraverso alcuni elementi cardine: la flessibilità nei modelli organizzativi, l'autonomia nella gestione del lavoro, la responsabilizzazione sui risultati, l'utilizzo delle tecnologie digitali e la centralità del benessere del lavoratore.

Alla base del lavoro agile vi è l'idea di una stretta collaborazione tra amministrazione e lavoratori, finalizzata

alla creazione di valore pubblico. Indipendentemente dal luogo, dal tempo e dalle modalità con cui il lavoratore sceglie di operare, l'obiettivo è instaurare un impegno reciproco per il raggiungimento dei risultati prefissati. Questo approccio trasforma il lavoro in una realtà in cui efficienza, fiducia e flessibilità si fondono, eliminando i vincoli tradizionali legati alla presenza fisica e promuovendo una cultura orientata ai risultati.

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) è lo strumento fondamentale per la programmazione, l'attuazione e lo sviluppo del lavoro agile all'interno delle amministrazioni. Non si limita alla definizione degli obiettivi specifici dei lavoratori in modalità agile, i quali restano inseriti nelle sezioni ordinarie del Piano della Performance o nelle schede individuali, come previsto dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017, ma si concentra sulle modalità operative e organizzative necessarie per il successo di questa modalità lavorativa. Il POLA stabilisce le misure strategiche per implementare il lavoro agile come:

- Gli strumenti organizzativi per ottimizzare la gestione delle attività.
- I requisiti tecnologici per garantire infrastrutture digitali adeguate.
- I percorsi formativi per accrescere le competenze dei dipendenti e dei dirigenti.
- Gli strumenti di monitoraggio per valutare l'efficacia, l'efficienza e la qualità dei servizi.

Il lavoro agile richiede un cambiamento culturale profondo, in cui le tecnologie digitali non sono solo strumenti operativi ma catalizzatori per innovare i processi organizzativi. La gestione del cambiamento (change management) diventa strategica per trasformare l'amministrazione in un sistema flessibile, inclusivo e orientato ai risultati.

### **3.2.2 Quadro normativo sul lavoro agile**

Il quadro normativo sul lavoro agile in Italia si è sviluppato progressivamente nel corso degli anni, coinvolgendo sia il settore pubblico che quello privato. Un importante punto di partenza è rappresentato dalla legge 7 agosto 2015, n. 124, nota come "riforma Madia", che ha introdotto l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare misure organizzative per promuovere il telelavoro e sperimentare modalità flessibili di svolgimento della prestazione lavorativa. L'articolo 14 di questa legge stabilisce che almeno il 10% dei dipendenti pubblici, su richiesta, deve poter usufruire di tali modalità entro tre anni, garantendo la non penalizzazione sul piano professionale e di carriera.

Con la legge 22 maggio 2017, n. 81, viene formalmente disciplinato il lavoro agile (artt. 18-24), definendolo come una modalità flessibile di lavoro subordinato, basata su accordi tra le parti. Tale modalità prevede l'assenza di vincoli rigidi di luogo e orario, l'uso di tecnologie per il lavoro e una prestazione svolta in parte

all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno. La normativa specifica che i limiti massimi di orario sono quelli stabiliti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. L'articolo 18, comma 3, estende l'applicazione di queste norme anche alle amministrazioni pubbliche, purché compatibili.

In attuazione di queste disposizioni, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emesso la direttiva 3/2017, contenente linee guida per promuovere il lavoro agile nel pubblico impiego, con l'obiettivo di migliorare il benessere organizzativo e conciliare vita privata e lavoro.

L'emergenza pandemica ha accelerato il ricorso al lavoro agile, portandolo a essere la modalità ordinaria di lavoro nel pubblico impiego, come previsto dall'articolo 87 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modifiche dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. Successivamente, l'articolo 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (Decreto Rilancio) ha introdotto il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), un documento obbligatorio per le pubbliche amministrazioni, che deve essere redatto entro il 31 gennaio di ogni anno. In assenza del POLA, il lavoro agile deve essere garantito ad almeno il 15% dei dipendenti che ne facciano richiesta.

Il DPCM 23 settembre 2021 e successivi provvedimenti hanno regolato il ritorno al lavoro in presenza e rimodulato i requisiti per il lavoro agile. La circolare 5 gennaio 2022, a firma dei Ministri per la Pubblica Amministrazione e per il Lavoro, ha fornito ulteriori indicazioni operative, sottolineando l'importanza della digitalizzazione e di una cultura organizzativa orientata ai risultati. Le linee guida emesse nel 2022 e successive, nell'ambito del Patto per il lavoro pubblico e la coesione sociale, hanno promosso l'adozione del lavoro agile come modalità ordinaria, basata sulla contrattazione collettiva.

La direttiva n. 29 del 29 dicembre 2023 ha introdotto ulteriori tutele, garantendo il diritto al lavoro agile per i lavoratori in situazioni personali o familiari gravi e urgenti, anche derogando alla prevalenza del lavoro in presenza. Questo strumento è stato configurato principalmente per i dipendenti amministrativi e alcune figure tecniche, escludendo però attività che richiedono contatto diretto con l'utenza o l'uso continuo di strumenti non compatibili con il lavoro da remoto.

In sintesi, il lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni è oggi una realtà consolidata, regolata da un complesso quadro normativo che punta a coniugare flessibilità, risultati e tutela dei diritti dei lavoratori, mantenendo un forte focus sulla digitalizzazione e sull'innovazione organizzativa.

### **3.2.3 Modalità attuative e di sviluppo del lavoro agile**

La ASL n. 6 del Medio Campidano intende attuare e sviluppare il lavoro agile conformemente a quanto previsto dalle Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, emanate dal decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione. Tali linee guida delineano le modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, fornendo un quadro normativo chiaro e

coerente per garantire l'efficace implementazione di questa modalità lavorativa. L'obiettivo principale delle linee guida è di assicurare condizioni di lavoro trasparenti, promuovere la produttività e orientare l'attività lavorativa verso il conseguimento di risultati misurabili. Allo stesso tempo, esse si prefiggono di armonizzare le esigenze dei lavoratori con quelle organizzative delle amministrazioni pubbliche, favorendo un miglioramento dei servizi offerti al pubblico e contribuendo alla creazione di un equilibrato bilanciamento tra vita professionale e privata. Le linee guida definiscono in dettaglio le modalità di esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile, includendo aspetti fondamentali come:

- Il diritto alla disconnessione, per garantire periodi di riposo e la tutela del benessere psicofisico del personale.
- La formazione specifica per i dipendenti coinvolti, con l'obiettivo di accrescere le competenze necessarie per operare efficacemente in modalità agile.
- La protezione dei dati personali, in linea con la normativa vigente, per salvaguardare la privacy durante l'uso di strumenti tecnologici.
- Le relazioni sindacali, che devono essere rispettate e coinvolte nella definizione delle modalità applicative.
- La gestione dei permessi, delle assenze e di ogni altro aspetto contrattuale legato al rapporto di lavoro.

L'azienda specifica che, per essere svolte in modalità agile, le attività devono rispondere a requisiti ben definiti:

- Attività che possono essere svolte in autonomia dal personale interessato;
- Attività per le quali è possibile fissare obiettivi, generali o specifici, che possono essere monitorati;
- Attività che possono essere delocalizzate, almeno in parte per il lavoro agile, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- Attività che possono essere svolte adeguatamente con il supporto delle strumentazioni tecnologiche;
- Le comunicazioni inerenti alla prestazione lavorativa di pertinenza, sia con interlocutori interni sia esterni, possono aver luogo con la medesima efficacia mediante il supporto delle strumentazioni tecnologiche;
- I risultati conseguiti (sia in termini qualitativi che quantitativi) possono essere monitorati e valutati in maniera accurata per l'attività condotta al di fuori della sede di lavoro.

E' in fase di approvazione il regolamento sul lavoro agile, elaborato nel pieno rispetto delle disposizioni

legislative e contrattuali vigenti, assicurando un'adesione integrale ai principi normativi e contrattuali che disciplinano la materia. Al suo interno vengono definite in modo chiaro le condizioni e le modalità operative per l'attuazione del lavoro agile, con l'obiettivo di garantire uniformità, trasparenza e coerenza nell'applicazione all'interno dell'azienda. Per supportare l'implementazione efficace delle politiche di lavoro agile, l'Azienda ha inoltre individuato specifici obiettivi e indicatori di riferimento, dettagliati nell'Allegato 6 – "Organizzazione e Capitale Umano," che costituiscono una guida strategica per monitorare e valutare i risultati raggiunti in questo ambito innovativo.

### **3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale**

L'analisi sulle risorse umane rappresenta un'attività strategica fondamentale al fine di comprendere l'asset a disposizione per il raggiungimento della mission aziendale. Attraverso lo studio delle variazioni nella composizione del personale, è possibile valutare non solo la capacità organizzativa, ma anche il grado di stabilità e il livello di investimento in risorse umane da parte della ASL. La ripartizione sotto riportata consente di illustrare la consistenza del personale della ASL per profilo professionale, ruolo e categoria contrattuale. Al 31 dicembre 2024, il numero complessivo dei dipendenti è pari a 845 unità, registrando un incremento di 6 dipendenti rispetto all'anno precedente. La distribuzione per tipologia contrattuale evidenzia un netto aumento dei lavoratori a tempo indeterminato rispetto ai lavoratori a tempo determinato grazie alle procedure concorsuali espletate nel corso dell'anno 2024. Per quanto riguarda il personale amministrativo del comparto si osserva un significativo aumento del personale amministrativo da 68 a 72 (+5,88%). Questo risultato è principalmente attribuibile al potenziamento del personale a tempo indeterminato, cresciuto da 56 a 71 unità (+26,79%), grazie alle procedure di stabilizzazione concorsuali. La Dirigenza Sanitaria, Professioni Sanitarie, Professionale, Amministrativa e Tecnica non ha subito variazioni. Il personale Sanitario del Comparto registra una lieve riduzione nel totale dei dipendenti, passando da 389 a 383 (-1,54%). Per la Dirigenza Medica e Veterinaria si nota una crescita nel totale del personale, che passa da 201 a 203 unità (+1,00%). Questo aumento è legato a un incremento delle assunzioni a tempo determinato (da 9 a 18 unità, +100%), mentre si rileva una diminuzione del personale a tempo indeterminato, passato da 192 a 185 unità (-3,65 %). Tale riduzione può essere ricondotta a cessazioni o pensionamenti non ancora completamente bilanciati. La Dirigenza Sanitaria non Medica diminuisce da 26 a 25 unità (-3,85%). In questa categoria, il personale a tempo indeterminato è cresciuto da 23 a 25 unità, mentre il tempo determinato è stato ridotto.

Di seguito la tabella con la distribuzione del personale:

Ruolo	Tipologia Dipendenti	Ass. Temporanea ex art.42 bis D.lgs 151/2011		Tempo Determinato		Tempo Indeterminato		Totale Dipendenti		Δ%
		Rilevazione al 31.12.2023	Rilevazione al 31.12.2024	Rilevazione al 31.12.2023	Rilevazione al 31.12.2024	Rilevazione al 31.12.2023	Rilevazione al 31.12.2024	Rilevazione al 31.12.2023	Rilevazione al 31.12.2024	
Amministrativo	Comparto		0	12	1	56	71	68	72	5,88
Amministrativo	Dirigenza Prof.le./ Amm.va/Tecnica		0		0	2	2	2	2	0,00
Professionale	Comparto		0		0	1	1	1	1	0,00
Professionale	Dirigenza Prof.le./ Amm.va/Tecnica		0		0	1	1	1	1	0,00
Sanitario	Comparto	2	1	5	1	382	381	389	383	-1,54
Sanitario	Dirigenza medica e veterinaria		0	9	18	192	185	201	203	1,00
Sanitario	Dirigenza sanitaria non medica		0	3	0	23	25	26	25	-3,85
Sanitario	Dirigenza delle professioni sanitarie		0		0	1	1	1	1	0,00
Sociosanitario	Comparto	1	1	17	15	95	99	113	115	1,77
Tecnico	Comparto		0		0	36	41	36	41	13,89
Tecnico	Dirigenza Prof.le./ Amm.va/Tecnica		0		0	1	1	1	1	0,00
<b>Totale</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>46</b>	<b>35</b>	<b>790</b>	<b>808</b>	<b>839</b>	<b>845</b>	<b>0,72</b>

Tabella 4–Personale al 31.12.2023 e al 31.12.2024

Classificazione Dipendenti ASL n. 6 del Medio Campidano al 31.12.2024	
Numero dipendenti ruolo amministrativo	74
Numero dipendenti ruolo professionale	2
Numero dipendenti ruolo sanitario	612
Numero dipendenti ruolo tecnico	42
Numero dipendenti ruolo sociosanitario	115
Numero femmine	593
Numero maschi	252
Età media dipendenti	49,87
Numero dirigenti	233
Età media dirigenti	48,72
% dirigenti donne (sul totale dirigenti)	63,95%
% dirigenti uomini (sul totale dirigenti)	36,05%
% dirigenza (sul totale personale)	27,57%

Tabella 5 – Dipendenti ASL n. 6 del Medio Campidano

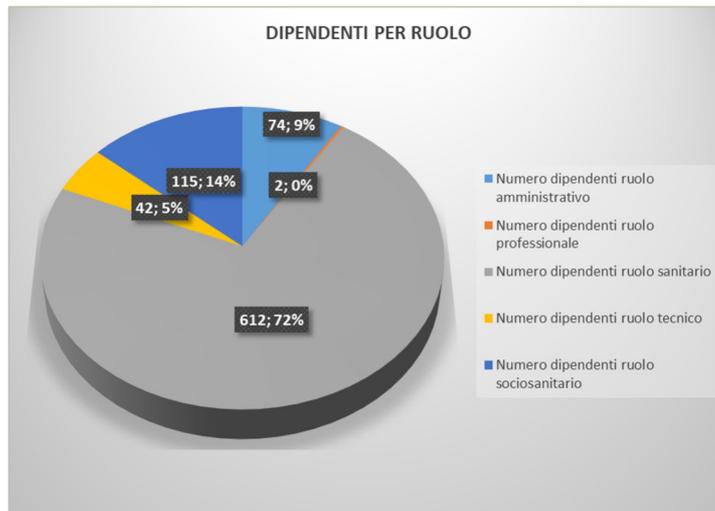


Figura 5– Dipendenti per ruolo

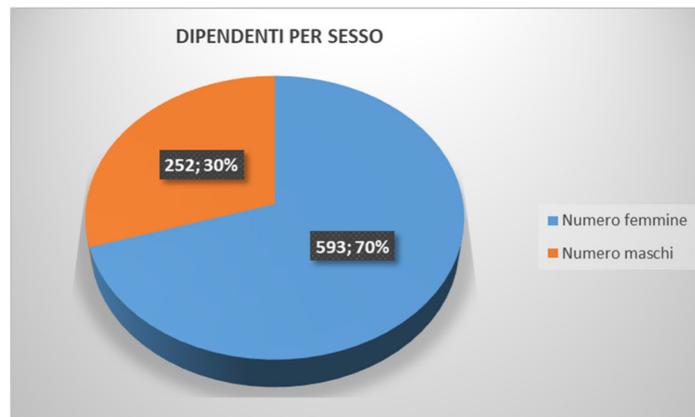


Figura 6– Dipendenti per sesso

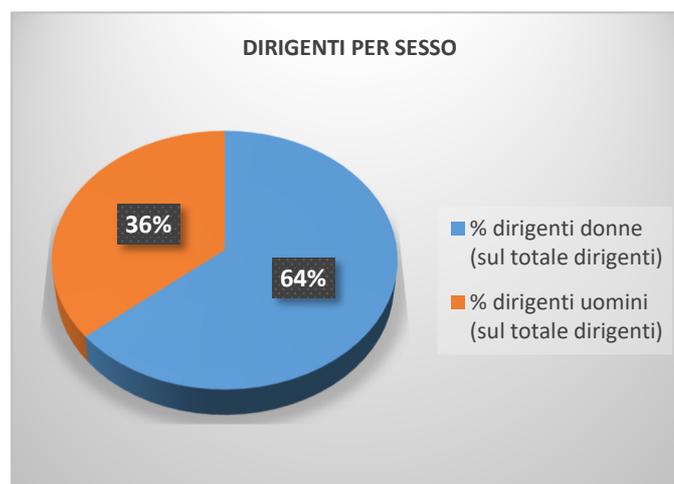


Figura 6– Dirigenti per sesso

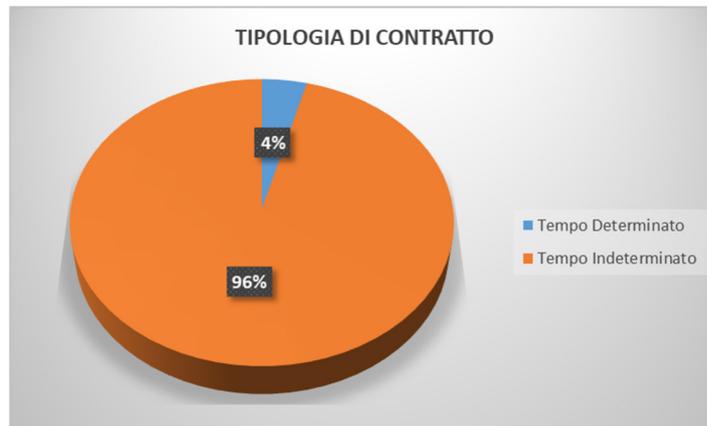


Figura 6– Tipologia di contratto

La tabella 5 fornisce un quadro dettagliato delle risorse umane evidenziando le principali caratteristiche e tendenze in termini di ruoli, distribuzione di genere e composizione della dirigenza. Questi aspetti offrono importanti spunti di riflessione per la gestione strategica e operativa del personale. La ripartizione del personale in base al ruolo evidenzia una netta prevalenza del ruolo sanitario che costituisce la parte più consistente della forza lavoro. Nello specifico, il ruolo sanitario comprende 612 dipendenti, pari al 72,43% del totale, sottolineando l'importanza centrale delle attività sanitarie per il raggiungimento della missione aziendale. Al contrario, il ruolo amministrativo, con 74 dipendenti (8,75% del totale), denota una significativa presenza di personale impiegato nelle mansioni di supporto amministrativo, fondamentale per il buon funzionamento dell'organizzazione. Il ruolo professionale, rappresentato da soli 2 dipendenti (0,24%), è una componente minore, mentre il ruolo tecnico include 42 dipendenti (4,97%), indicativi della presenza di personale specializzato per il supporto tecnico. Inoltre, il ruolo sociosanitario, con 115 dipendenti (13,61%), riveste una notevole rilevanza nell'erogazione di servizi integrati tra assistenza sanitaria e sociale, un settore che riveste un'importanza crescente per l'organizzazione.

La predominanza dei ruoli sanitario e sociosanitario evidenzia la natura operativa della ASL, orientata principalmente verso la cura e l'assistenza. A conferma di questa impostazione, la distribuzione di genere del personale mostra una marcata prevalenza femminile, con 593 dipendenti, pari al 70,18% del totale, rispetto ai 252 dipendenti maschi (29,82%). Questo dato riflette una tendenza comune nel settore sanitario, dove la componente femminile è tradizionalmente più presente, soprattutto nelle professioni infermieristiche e

Per quanto riguarda l'età media dei dipendenti, si attesta a 49,87 anni, un valore che suggerisce una forza lavoro matura con una consolidata esperienza. Tuttavia, questo dato impone una riflessione sulla necessità di pianificare un ricambio generazionale nei prossimi anni, in modo da garantire la continuità operativa e il

trasferimento delle competenze tra le diverse generazioni. L'età media della dirigenza, pari a 48,72 anni, risulta leggermente inferiore a quella complessiva, suggerendo che i dirigenti sono una componente apicale esperta ma ancora in grado di affrontare sfide gestionali.

Il Piano triennale del fabbisogno del personale "PTFP 2025/2027 – allegato al presente documento" 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 Aziendale. 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.

## **Formazione del personale**

### **PNRR – Missione 6 Salute - Formazione e aggiornamento del personale sanitario**

La formazione e l'aggiornamento del personale sanitario rappresentano un elemento cardine per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale, ed è proprio in questa direzione che si concentra un significativo investimento finalizzato a garantire competenze adeguate sia nell'utilizzo delle nuove tecnologie sia nell'applicazione di modelli di cura innovativi. Questo intervento si colloca nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con specifico riferimento alla Missione 6 Salute (M6), e in particolare alla componente denominata "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" (M6C2). In tale contesto, un'attenzione particolare è riservata all'investimento mirato allo "Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" (M6C2 I2.2), un progetto strategico che punta a rafforzare la preparazione e l'adattamento dei professionisti sanitari alle sfide poste dall'evoluzione tecnologica e dai cambiamenti nei modelli organizzativi e di cura. A supporto di questa iniziativa, per le Aziende Sanitarie Locali (ASL) sono stati programmati specifici sub-investimenti, che si articolano in una serie di attività e programmi mirati a promuovere lo sviluppo continuo delle competenze del

personale, garantendo al contempo un'assistenza sanitaria sempre più efficiente, innovativa e allineata alle esigenze dei cittadini.

M6C2 2.2 (b) – Corso di formazione in infezioni ospedaliere:

Questo corso si propone di proseguire il piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere, avviato nel 2024. L'obiettivo è formare tutto il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rafforzando le conoscenze e le competenze nella prevenzione, gestione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, in linea con gli standard di sicurezza e qualità delle cure.

M6C2 2.2 (c) – Corso di formazione manageriale:

Questo intervento mira a fornire ai professionisti del SSN competenze manageriali e digitali attraverso un percorso formativo dedicato. L'obiettivo è potenziare le capacità di gestione e pianificazione strategica, favorendo l'adozione di tecnologie innovative e approcci gestionali moderni per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi sanitari.

Questi sub-investimenti rappresentano una preziosa occasione per rafforzare le competenze del personale sanitario, ponendo le basi per una sanità sempre più qualificata, digitalizzata e pronta ad affrontare con efficacia le sfide future. In tale contesto, l'Azienda ha intrapreso nel 2024 un percorso di formazione specifico dedicato all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), con l'obiettivo di sensibilizzare e preparare il personale sanitario a un uso consapevole ed efficace di questo strumento, considerato fondamentale per la digitalizzazione e l'innovazione del sistema sanitario.

Nel 2025, tale iniziativa formativa verrà ulteriormente ampliata, coinvolgendo l'intero personale aziendale per assicurare una diffusione uniforme e capillare delle competenze necessarie all'utilizzo ottimale del FSE, favorendo così un miglioramento continuo nella gestione delle informazioni sanitarie e un'evoluzione tecnologica dell'assistenza ai pazienti. Parallelamente, è prevista la prosecuzione del corso di formazione sulle infezioni ospedaliere, anch'esso avviato nel 2024, a conferma dell'impegno dell'Azienda nel promuovere non solo l'innovazione tecnologica, ma anche la sicurezza e la qualità delle cure offerte.

### **Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025**

La Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025, intitolata "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti", fornisce una guida strategica per il miglioramento continuo del sistema sanitario e la creazione di valore pubblico nelle amministrazioni. In sinergia con le direttive del PNRR, essa propone un quadro innovativo per la gestione e lo sviluppo delle risorse umane, focalizzandosi su formazione, conoscenze e competenze come leve fondamentali per modernizzare il settore pubblico, inclusa la sanità. Nel contesto sanitario, la formazione diventa cruciale

per garantire qualità delle cure, efficienza dei servizi e sicurezza dei pazienti, sottolineando che lo sviluppo del capitale umano è essenziale per affrontare sfide come innovazione tecnologica, cambiamenti demografici ed evoluzione epidemiologica. L'investimento in formazione non è solo tecnico ma valoriale, promuovendo la consapevolezza sull'impatto delle competenze del personale sulla qualità dei servizi. In questo processo, il PIAO riveste un ruolo centrale, traducendo le priorità strategiche in azioni concrete per lo sviluppo delle competenze, in particolare provvede a:

- Identificare i fabbisogni formativi attraverso un'analisi puntuale e strategica.
- Stabilire obiettivi chiari e misurabili per il miglioramento delle competenze.
- Incentivare la partecipazione dei dipendenti a percorsi di istruzione e aggiornamento.
- Promuovere una cultura della formazione continua come elemento centrale nella gestione delle risorse umane.

La Direttiva, inoltre, stabilisce che ogni dirigente pubblico debba garantire, a partire dal 2025, un minimo di 40 ore di formazione pro capite annue, equivalenti a una settimana di aggiornamento, con l'obiettivo di potenziare il livello complessivo delle competenze all'interno delle organizzazioni. In particolare la formazione non deve limitarsi a trasferire conoscenze tecniche, ma deve promuovere una consapevolezza più ampia del suo impatto sul sistema pubblico. Questo implica:

- Beneficio diretto per il personale: I dipendenti acquisiscono nuove competenze che migliorano la loro professionalità e motivazione.
- Valore per l'amministrazione: Le competenze aggiornate del personale contribuiscono a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle strutture sanitarie.
- Impatto sui cittadini e sulle imprese: Una maggiore preparazione del personale sanitario si traduce in servizi di migliore qualità, più tempestivi e sicuri.
- Questa triplice dimensione valoriale pone la formazione al centro della riforma del settore pubblico, promuovendo un modello di amministrazione orientato ai risultati e al benessere collettivo.

Per realizzare gli obiettivi formativi necessari all'attuazione delle innovazioni previste dal PNRR, le amministrazioni pubbliche sono chiamate a rafforzare e ampliare in modo coordinato l'offerta formativa. Lo strumento centrale di questo processo è la piattaforma Syllabus, che fornisce percorsi personalizzati volti a sviluppare sia le competenze di base sia quelle specialistiche. Attraverso un sistema di assessment iniziale, Syllabus identifica i gap individuali di competenza e propone percorsi di apprendimento autonomo per colmarli, promuovendo la crescita professionale di ciascun dipendente. Le aree tematiche affrontate includono leadership, competenze digitali, etica, lavoro agile e soft skills, garantendo una preparazione completa e orientata alle sfide del sistema pubblico. Le amministrazioni sono tenute a registrarsi su Syllabus, abilitare i propri dipendenti all'utilizzo della piattaforma, con particolare attenzione ai neoassunti,

e assegnare percorsi formativi mirati e obbligatori per il raggiungimento degli obiettivi strategici. La piattaforma rappresenta il punto di partenza del sistema formativo pubblico, integrabile con percorsi di approfondimento offerti da enti come la Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e Formez PA, che mettono a disposizione corsi avanzati e specialistici. Questo approccio integrato garantisce una formazione su misura, allineata alle esigenze strategiche di ciascuna amministrazione, contribuendo al rafforzamento del capitale umano e alla modernizzazione del settore pubblico. Le amministrazioni sono obbligate a registrarsi e abilitare i dipendenti all'uso di Syllabus, assegnando percorsi mirati, soprattutto ai neoassunti. La piattaforma è l'elemento centrale del sistema formativo, integrabile con percorsi di approfondimento gestiti da enti come SNA e Formez PA, che offrono formazione avanzata e specialistica. Le amministrazioni possono inoltre accedere a finanziamenti PNRR e risorse esterne per coprire fabbisogni formativi specifici non disponibili su Syllabus, garantendo un'offerta su misura per le loro esigenze strategiche.

### **Piano Formativo Aziendale (PFA)**

Nella ASL del Medio Campidano, la programmazione della formazione aziendale per l'anno 2025 è stata formalizzata e integrata nel Piano Formativo Aziendale (PFA) dell'Azienda Regionale della Salute Sardegna (ARES). L'ARES, in conformità alla Legge regionale 11 settembre 2020 n. 24, svolge in maniera centralizzata le funzioni di supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale, gestendo anche le procedure di accreditamento ECM. Inoltre, essa assume il ruolo di Provider unico per tutte le Aziende del SSR relativamente ai progetti formativi previsti nell'ambito del PNRR.

Il documento, approvato con deliberazione del Direttore Generale ARES n. 347 del 24.12.2024, rappresenta uno strumento strategico che definisce in modo organico e dettagliato le azioni formative necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo professionale del personale delle aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Tale piano si configura come un documento programmatico che, in linea con le esigenze organizzative e gli indirizzi strategici dell'azienda, individua le competenze da potenziare, le priorità formative e le modalità di erogazione degli interventi formativi. Attraverso il PFA, si garantisce un approccio sistematico alla crescita professionale, promuovendo al contempo l'innovazione, la qualità dei servizi e l'aderenza agli standard richiesti dal sistema sanitario.

Tutta l'attività formativa proposta per l'anno 2025 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.

Le aree individuate per lo sviluppo della formazione nel corso del 2025 possono essere distinte in tre ambiti fondamentali:

- **Formazione Generale:** comprende interventi formativi trasversali, volti a sviluppare competenze di base e aggiornamenti obbligatori comuni a tutto il personale.
- **Formazione Tecnico-Professionale Specifica:** riguarda attività formative mirate al potenziamento delle competenze specialistiche richieste per specifiche mansioni o ruoli professionali.
- **Formazione conseguente a Indirizzi Regionali e/o Ministeriali:** include programmi formativi attuati in risposta a direttive normative o linee guida provenienti da organi istituzionali a livello regionale o nazionale.

Il Piano Formativo 2025 è strutturato in tre sezioni operative, ognuna delle quali si caratterizza per la diversa fonte di finanziamento e le finalità degli interventi formativi:

- **Formazione con Fondi Aziendali:** attività formative finanziate direttamente dall'azienda, finalizzate a soddisfare le esigenze formative interne, in linea con gli obiettivi strategici aziendali.
- **Formazione PNRR:** progetti formativi specifici sostenuti attraverso i fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, destinati a sostenere l'innovazione e la modernizzazione del sistema sanitario.
- **Formazione Regionale:** interventi formativi promossi e finanziati a livello regionale, in coerenza con le priorità e gli indirizzi strategici del Servizio Sanitario Regionale.

Questa articolazione consente di rispondere in maniera strutturata e integrata alle diverse necessità formative del personale, garantendo al contempo una gestione efficiente delle risorse disponibili.

In considerazione dell'elevato carico formativo richiesto dal PNRR, anche per il 2025, l'ARES in accordo con la Regione Sardegna, ha ritenuto necessario includere nella sezione "Formazione con Fondi Aziendali" alcune priorità essenziali. Tra queste, si trovano:

- La formazione sulla sicurezza nei luoghi di lavoro.
- La gestione dell'emergenza-urgenza.
- Un numero limitato di progetti formativi strategici definiti da ciascuna Azienda del SSR.
- Eventuali progetti obbligatori per il rispetto di normative specifiche.

Alcuni progetti formativi indicati dalla Direzione Generale Sanità, riportati nell'Allegato C, sono attualmente in fase di definizione. Sebbene non costituiscano parte integrante del Piano, saranno proposti come formazione aggiuntiva per arricchire e integrare quella già prevista. Tali iniziative formative includeranno

anche percorsi attivabili attraverso la piattaforma Syllabus e Formez PA, garantendo un'offerta didattica più ampia e diversificata.

Per l'erogazione della formazione, si ritengono particolarmente efficaci tre modalità:

1. Formazione Residenziale Interattiva e in Videoconferenza Sincrona (RES):

questa metodologia favorisce un apprendimento attivo, grazie all'interazione diretta tra partecipanti e docenti, e utilizza tecniche come lavori di gruppo, esercitazioni pratiche, role-playing e simulazioni.

2. Formazione sul Campo (FSC):

basata su gruppi di lavoro, studio o miglioramento, questa modalità permette l'apprendimento attraverso la collaborazione tra pari. È particolarmente utile per promuovere l'integrazione interprofessionale e interdisciplinare, migliorando il lavoro di squadra e il senso di appartenenza all'organizzazione.

3. Formazione a Distanza (FAD) Asincrona:

attraverso la piattaforma e-learning aziendale, la FAD consente ai partecipanti di apprendere senza vincoli di tempo e luogo. Questa metodologia riduce i costi formativi, ottimizza l'intervento del docente e amplia il numero di partecipanti, grazie alla possibilità di distribuire materiali interattivi online.

Le tipologie formative adottate rivestono un ruolo importante per garantire la diffusione e l'implementazione di linee guida, procedure operative, protocolli, audit clinici e organizzativi, nonché per l'analisi e il miglioramento continuo dei processi assistenziali. Questi interventi sono finalizzati a consolidare un'organizzazione orientata al miglioramento costante della qualità, promuovendo un approccio sistematico e strutturato. In questo contesto, gli obiettivi formativi di rilevanza nazionale, definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, si concentrano sulle attività sanitarie e sociosanitarie legate ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Tali obiettivi, in linea con i programmi per la salute delineati dal Piano Sanitario Nazionale, mirano non solo a migliorare le condizioni generali di salute della popolazione di riferimento, ma anche a promuovere e mantenere nel tempo le conoscenze e le competenze essenziali per garantire l'elevamento continuo degli standard di efficacia, appropriatezza, sicurezza e qualità dei servizi erogati ai cittadini. Questo duplice approccio, focalizzato sia sulla qualità dei processi organizzativi sia sullo sviluppo professionale, è fondamentale per rispondere alle esigenze di un sistema sanitario in evoluzione e per assicurare l'eccellenza delle prestazioni offerte.

Il budget per la formazione è costituito per ciascuna Azienda sulla stima dell'1% del Monte Salari dei dipendenti delle Aziende del SSR. Oltre al budget provvisorio per la formazione con Fondi Aziendali andranno ad integrare il budget della formazione i finanziamenti previsti per la formazione PNRR e dei progetti formativi finanziati con fondi extra aziendali (Regionali, Nazionali e Comunitari).

Si riporta di seguito la tabella costi del Piano Formativo Aziendale per l'anno 2025:

BUDGET PROVVISORIO	IMPEGNO DI SPESA PAF	STIMA COSTI ECM	BUDGET AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE	RISORSE NON IMPEGNATE
€ 399.028,40	€ 219.369,23	€ 10.200,00	€ 39.902,84	€ 129.556,33

Tabella 6–Costi Piano Formativo Aziendale anno 2025

La descrizione dettagliata degli eventi formativi previsti nel Piano è riportata nelle tabelle allegate.

Allegati alla Sezione 3 Organizzazione e capitale umano

- *Allegato 4 “Organizzazione e capitale umano”*

Allegati alla Sottosezione Formazione del personale “Piano Formativo Aziendale (PFA) anno 2024”:

- *Allegato 5A\_ Formazione finanziata con fondi aziendali*
- *Allegato 5B\_ formazione finanziata con fondi PNRR*
- *Allegato 5C\_ Formazione finanziata con altri fondi*

Allegati alla Sottosezione Piano Triennale dei Fabbisogni di personale

- *Allegato 6 “Piano triennale dei fabbisogni di personale”*

## SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

La ASL n. 6 del Medio Campidano procede al monitoraggio del presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi dell'art. 6, comma 3 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, nonché delle disposizioni di cui all'art. 5 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione secondo le modalità indicate di seguito:

- **Valore Pubblico e Performance**

in ottemperanza a quanto stabilito articoli 4, 6 e 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 la ASL avvia il ciclo di gestione e valutazione dei risultati che si articola nelle seguenti fasi:

1. Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, nel rispetto degli obiettivi strategici impartiti dalla Regione, dei risultati attesi e dei relativi indicatori;
2. Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. Monitoraggio in corso d'esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. Misurazione e valutazione annuale dei risultati;
5. Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito in coerenza con i vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro e con i contratti integrativi aziendali;
6. Rendicontazione dei risultati.

Il Valore Pubblico e la Performance sono monitorati dal Servizio Programmazione e Controllo.

- **Rischi Corruttivi e Trasparenza**

la sottosezione è predisposta e monitorata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza forniti dall'ANAC;

- **Organizzazione e capitale umano**

il monitoraggio della coerenza di questa sezione del PIAO con gli obiettivi di performance, in ottemperanza al decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, viene effettuato dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) su base triennale;

- **Rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti**

Gli eventi clinici di interesse per la rilevazione della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari, al momento, riguardano gli accessi in Pronto Soccorso, i ricoveri ospedalieri, le visite ambulatoriali e gli accessi in Guardia Medica.

Il monitoraggio viene effettuato dal Servizio Programmazione e Controllo attraverso l'estrazione dei dati da apposito software integrato con i sistemi SISARPSWEB -Pronto Soccorso – ADTWEB – Ricoveri ospedalieri – AMBWEB – Visite specialistiche ambulatoriali.