

**Piano Integrato di Attività e Organizzazione  
(P.I.A.O)  
2025-2027**

## Sommario

PRESENTAZIONE .....	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELLA AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE OGLIASTRA .....	5
<b>1.1. Dati identificativi dell'azienda</b> .....	5
<b>1.2. Missione e visione</b> .....	6
<b>1.3. Analisi del contesto esterno</b> .....	9
<b>1.4. Analisi del contesto interno</b> .....	20
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	25
<b>2.1 Valore pubblico</b> .....	25
<b>2.2 Performance</b> .....	32
2.2.1 DIMENSIONE DELLA SALUTE .....	35
2.2.2 DIMENSIONE DEI PROCESSI.....	39
2.2.3 DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA .....	43
2.2.4 DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITÀ.....	44
2.2.5 DIMENSIONE DELLE RISORSE .....	46
<b>2.3 Rischi corruttivi e trasparenza</b> .....	47
2.3.1 Valutazione del rischio .....	49
2.3.2 Trattamento del rischio .....	50
2.3.3 Il Programma di Trasparenza.....	61
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	63
<b>3.1 Struttura organizzativa</b> .....	63
<b>3.2 Organizzazione del lavoro agile</b> .....	65
<b>3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale</b> .....	70
<b>3.4 Le azioni positive</b> .....	75
SEZIONE 4. MONITORAGGIO .....	79

## ALLEGATI

- Allegato 1 - Misurazione del rischio;
- Allegato 2 - Tabella rischi e misure di prevenzione;
- Allegato 3 - Elenco Obblighi di pubblicazione; Allegato 3 bis - Elenco Obblighi di pubblicazione All. 1 Delibera ANAC 264 del 20/06/2023 come modificato da Delibera 601 del 19/12/2023;
- Allegato 4 - Informativa Pantouflage;
- Allegato 5 - Normativa di riferimento;
- Allegato 6 - Piano triennale del fabbisogno del personale;
- Allegato 7 - PFT ARES 2025 Corsi OGLIASTRA DELDG-347-allegato-A-2024

## PRESENTAZIONE

Uno dei principali temi ricorrenti negli ultimi decenni, come ampiamente ribadito nel PNRR, è la centralità della semplificazione amministrativa e normativa per il rilancio del tessuto economico del nostro Paese.

In questo contesto si sono susseguiti diversi interventi normativi e ambiziosi progetti di riforma della pubblica amministrazione con l'obiettivo di avviare una marcata sburocratizzazione per ridurre i costi e i tempi. Tra le innovazioni di semplificazione si inserisce senz'altro l'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, in breve P.I.A.O., introdotto con l'articolo 6 del Decreto Reclutamento (D.L. 80/2021) e convertito con la Legge 113/2021.

L'attuazione delle previsioni normative è affidata ai due decreti e alle azioni di guida metodologica da parte del Dipartimento di Funzioni Pubbliche:

Il D.P.R. 81/2022 ha regolamentato la cessazione di efficacia dei precedenti piani per le Pubbliche Amministrazioni incluse nel perimetro del PIAO e l'assorbimento dei relativi adempimenti e contenuti nel nuovo strumento;

Il D.M.- 132/2022 ha regolamentato la struttura del PIAO, proponendo uno schema di piano di tipo articolato in Sezioni e Sottosezioni, e le modalità di inserimento dei vecchi contenuti nel nuovo contenitore secondo la logica della "integrazione funzionale al Valore Pubblico".

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è lo strumento di programmazione integrata che, attraverso le strategie per la creazione di valore pubblico, la gestione delle Performance, l'attuazione delle misure di Prevenzione della corruzione, l'applicazione di strumenti per le pari opportunità e lo sviluppo della salute organizzativa e professionale, consente di perseguire in maniera organica le politiche pubbliche dell'Amministrazione, superando la molteplicità e la conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso.

Il PIAO è in sintesi l'integrazione tra: obiettivi di Valore Pubblico, obiettivi di performance, misure di anticorruzione e trasparenza e le azioni di miglioramento della salute organizzativa.



Il PIAO della Asl Ogliastro si articola in quattro sezioni:

1. Sezione Scheda anagrafica;
2. Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione
3. Sezione Organizzazione capitale umano
4. Sezione Monitoraggio



## SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELLA AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE OGLIASTRA

### 1.1. Dati identificativi dell'azienda

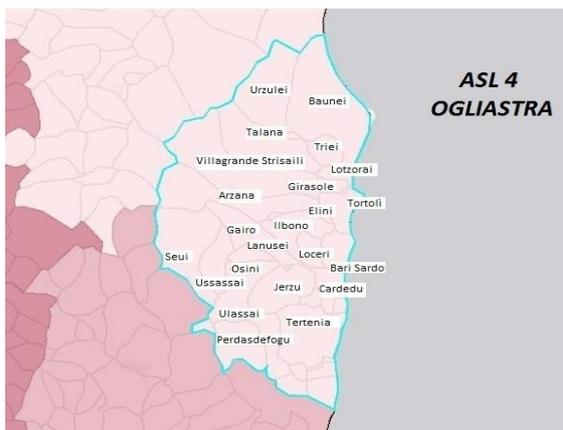
L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra è stata costituita dalla Legge Regionale n. 24/2020 con decorrenza dal 1° Gennaio 2022, ed è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione.

L'Azienda è parte integrante del sistema del Servizio Sanitario della Regione Sardegna e del sistema del SSN.

Il logo ufficiale dell'Azienda è individuato apponendo al logo del Servizio Sanitario Regionale, unico per l'intero Servizio, il nome dell'Azienda:



Codice Regione (NSIS)	200
Descrizione Regione	SARDEGNA
Codice Azienda Sanitaria (NSIS)	304
Denominazione Azienda Sanitaria	AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 4 OGLIASTRA - ASL 4 OGLIASTRA
Sede	VIA PISCINAS, N 5 08045 LANUSEI (NU)
Codice Istat Comune	91037
Telefono	0782/490211
Sito web	<a href="https://www.asl4ogliastra.it">https://www.asl4ogliastra.it</a>
E-mail/PEC	direzione.generale@aslogliastra.it protocollo@pec.aslogliastra.it
Riferimenti URP aziendale	urp.ogliastra@aslogliastra.it Telefono: 0782/490208
Natura giuridica SANITARIO E SOCIO SANITARIO	AZIENDA PUBBLICA ECONOMICA A CARATTERE
Codice Fiscale e Partita IVA	01620420917
Codice univoco Ufficio fatturazione elettronica	ET7V3U



Fonte: rielaborazione mappa Sistema Informativo geografico dell'Istat (Gistat)

**DISTRETTO  
UNICO:  
TORTOLI'**

**23  
COMUNI**

L'ambito territoriale dell'Azienda ASL 4Ogliastra, coincide con l'area storico-geografica della denominata 'Ogliastra' che confina a nord-ovest con la provincia di Nuoro e a sud-ovest con la provincia di Cagliari.

Il territorio ogliastrino ha una specifica connotazione geografica: prevalentemente montuoso e impervio nella parte interna, dove si trovano montagne relativamente basse e aridi altopiani di roccia calcarea, e più pianeggiante lungo la costa. Queste caratteristiche geografiche hanno contribuito a delineare un sistema demografico, sociale ed economico decisamente differenziato al suo interno tra zone interne e costiere.

## 1.2. Missione e visione

L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale per consentire la migliore qualità di vita possibile garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

L'Azienda soddisfa i bisogni e le aspettative di salute direttamente o tramite l'acquisto di prestazioni e servizi garantendo l'universalità ed equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana e garanzia di sicurezza.

L'Azienda ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Sanitario Regionale impiegando le risorse ad essa assegnate in modo efficiente al fine di favorire lo sviluppo di modalità operative innovative che, così come delineato dai documenti di programmazione regionale, permettano una reale svolta nella presa in carico globale della persona e della sua famiglia nei diversi contesti Socio-Sanitari.

La visione dell'Azienda consiste nell'essere e voler esser parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. La risposta ai bisogni di salute non può prescindere da una continua riprogettazione delle modalità di offerta e di erogazione dei servizi da realizzare anche attraverso la definizione di percorsi assistenziali innovativi finalizzati a garantire la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi e un utilizzo appropriato ed equo delle risorse.

## MISSIONE



L'Azienda promuove e tutela la salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale per consentire la migliore qualità di vita possibile garantendo i livelli essenziali di assistenza.

## VISIONE



La risposta ai bisogni di salute non può prescindere da una continua riprogettazione delle modalità di offerta e di erogazione dei servizi da realizzare anche attraverso la definizione di percorsi assistenziali innovativi finalizzati a garantire la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi e un utilizzo appropriato ed equo delle risorse.

## LA ASL OGLIASTRA SI IMPEGNA

Garantire l'erogazione omogenea dei LEA su tutto il territorio, salvaguardando le specificità del territorio ogliastrino

Potenziare la promozione della salute e la prevenzione collettiva con l'integrazione tra Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Distretto, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e professionisti della salute.

Sviluppare la rete dell'assistenza territoriale che garantisca l'integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure;

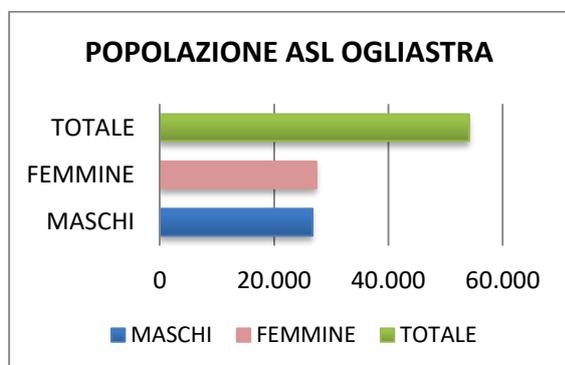
Definire un sistema di offerta commisurata ai bisogni della popolazione per fornire assistenza e servizi con risposte tempestive ed appropriate per la salute dei cittadini

Favorire il modello Socio-sanitario integrato nelle due componenti assistenziali fondamentali per la tutela della salute nella sua globalità e potenziare la rete assistenziale territoriale consolidando il ruolo del Distretto, mettendo in rete il sistema sotto il profilo tecnologico, potenziando le strumentazioni informatiche e telematiche con la finalità di favorire e accompagnare il progresso delle conoscenze in medicina e dei relativi modelli organizzativi

Incrementare i rapporti con gli attori della società civile, favorire la coesione sociale e il coinvolgimento attivo dei cittadini, valorizzando la collaborazione con il volontariato, il terzo settore, gli interlocutori istituzionali e privati, le Università e gli istituti di ricerca e le altre aziende del Servizio Sanitario regionale

### 1.3. Analisi del contesto esterno

L'Ogliastra si pone come una delle aree a più bassa antropizzazione dove l'ambiente si è preservato più che in altre parti della Sardegna a causa soprattutto della difficoltà dei collegamenti.



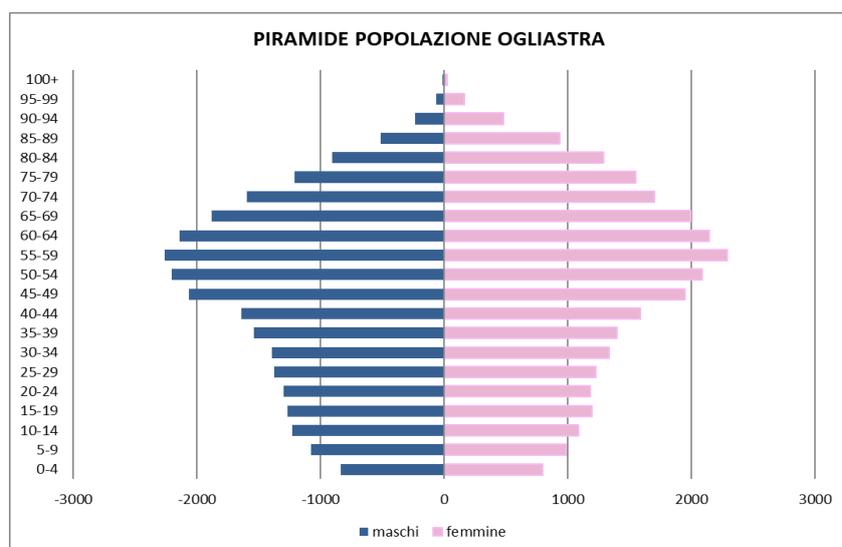
Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2024

La popolazione del territorio di competenza della Asl 4 Ogliastra al 01.01.2024 ammonta a

54.140 residenti di cui 27.401 femmine e 26.739 maschi (-219 rispetto all'anno precedente). L'area si estende per 1.855 km<sup>2</sup> con una densità di popolazione pari a 29,20 abitanti per km<sup>2</sup> e corrisponde al 3,42% del territorio Regionale. Tuttavia all'interno dell'area vi sono forti disomogeneità e se si considerano solo i comuni costieri l'indice di densità demografica sale notevolmente. Infatti nei comuni costieri, a fronte di un territorio pari a circa il 30% dell'Ogliastra, risiede oltre il 50% della popolazione.

Negli ultimi decenni si è assistito al continuo spopolamento dei comuni dell'interno a favore dei centri costieri. Due soli centri sono al di sopra dei cinquemila abitanti tra cui il Comune di Tortolì che registra una popolazione pari a circa un quinto dell'intera popolazione d'area, in crescita pressoché costante, con un contributo più che proporzionale apportato dalle classi più giovani e in età lavorativa, e con una densità demografica sensibilmente superiore alla media.

L'aspetto piramidale della distribuzione per classi di età della popolazione evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. La bassa numerosità nelle classi di età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento dovuto a diversi fattori socio economici e conferma un forte invecchiamento della popolazione, in particolare di quella femminile. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali dai 45 ai 69 anni, in particolare quella dai 55 ai 59 anni.



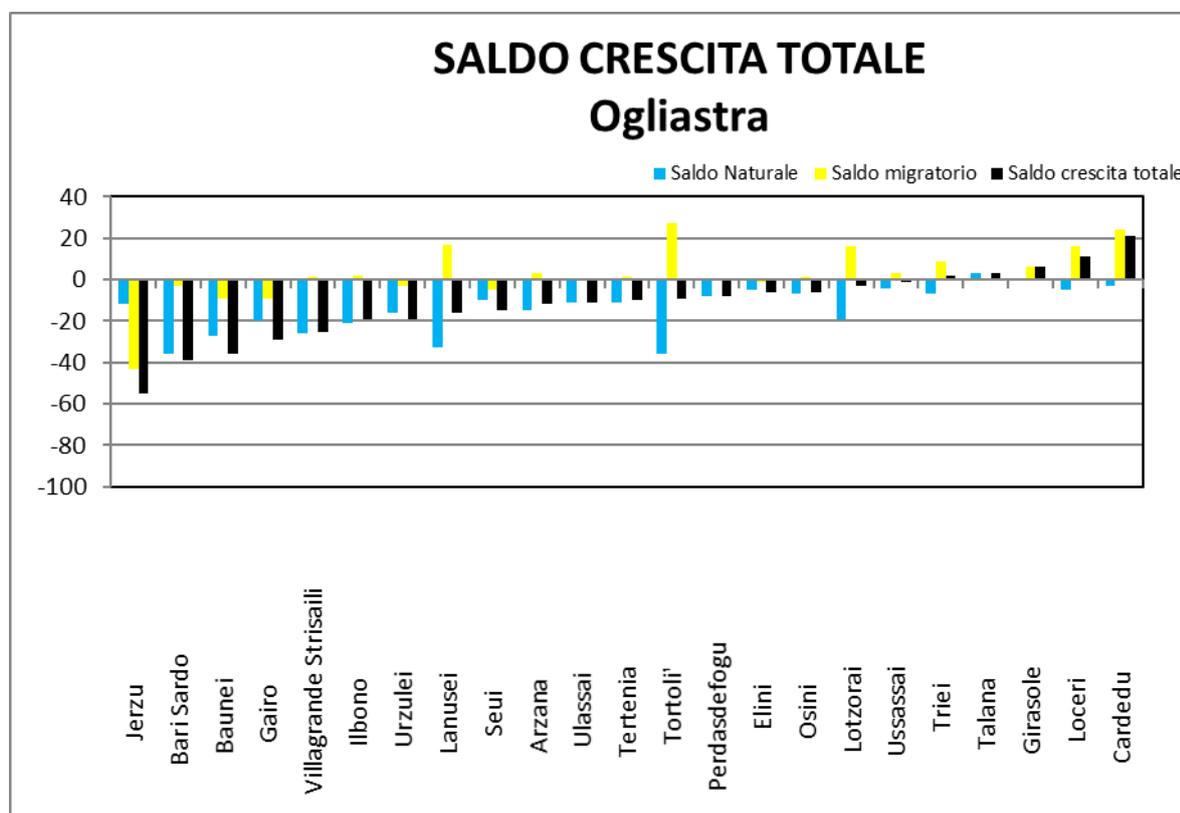
Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2024

Il territorio è caratterizzato da un alto indice di vecchiaia che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione ed è espresso dal rapporto tra la popolazione  $\geq 65$  anni e la popolazione di età 0-14 anni moltiplicato per 100, è pari 242,18.

L'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva su quella attiva, presenta un valore pari a 61,28, aspetto da considerare nella definizione delle politiche sociali. Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente.

Lo sviluppo turistico ha introdotto una ulteriore variabile nella organizzazione dei servizi sanitari dovuta all'incremento della popolazione durante i mesi estivi e di conseguenza a una maggiore richiesta della domanda di servizi. L'analisi dell'offerta dei servizi evidenzia un netto incremento delle prestazioni durante il periodo maggio-settembre.

Analizzando il saldo di crescita totale, dato dalla somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio, il saldo positivo si riduce a cinque paesi: Triei, Talana, Girasole, Loceri e Cardedu.



Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2024

Il territorio di riferimento è uno dei fattori fondamentali per ogni impresa che vi opera. Conoscere e analizzare il contesto territoriale operativo è strumentale all'elaborazione di nuove strategie di sviluppo e di miglioramento quali-quantitativo dei servizi offerti. Uno degli strumenti utili ad approfondire la conoscenza del territorio è l'analisi degli indicatori di benessere equo sostenibile (BES) sviluppati dall'ISTAT e dal CNEL al fine di valutare l'impatto delle decisioni pubbliche sulla qualità di

vita dei cittadini e per valutare il progresso di una società non solo dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale.

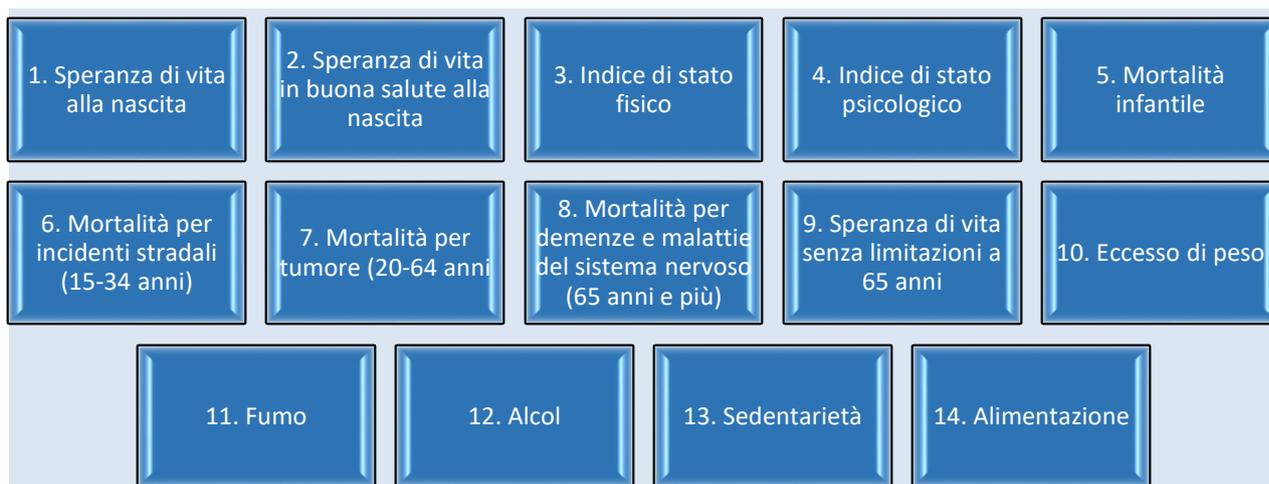
Il Comitato per gli indicatori di benessere equo e sostenibile ha selezionato, sulla base dell'esperienza maturata a livello nazionale e internazionale, un insieme di dodici dimensioni utili alla valutazione del benessere equo e sostenibile.



All'interno di ciascuna dimensione sono stati individuati degli indicatori. Nella dimensione salute sono stati individuati 14 indicatori organizzati in tre liste:

1. Indicatori globali di outcome: in grado di dare informazioni sul complesso del fenomeno;
2. Indicatori specifici per fasi del ciclo di vita: che arricchiscono l'informazione globale con degli approfondimenti legati a rischi che caratterizzano fasi specifiche del ciclo della vita;
3. Indicatori relativi a fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita: utili ai fini della valutazione della sostenibilità degli attuali livelli di salute della popolazione e del loro auspicabile miglioramento.

#### Indicatori dimensione salute

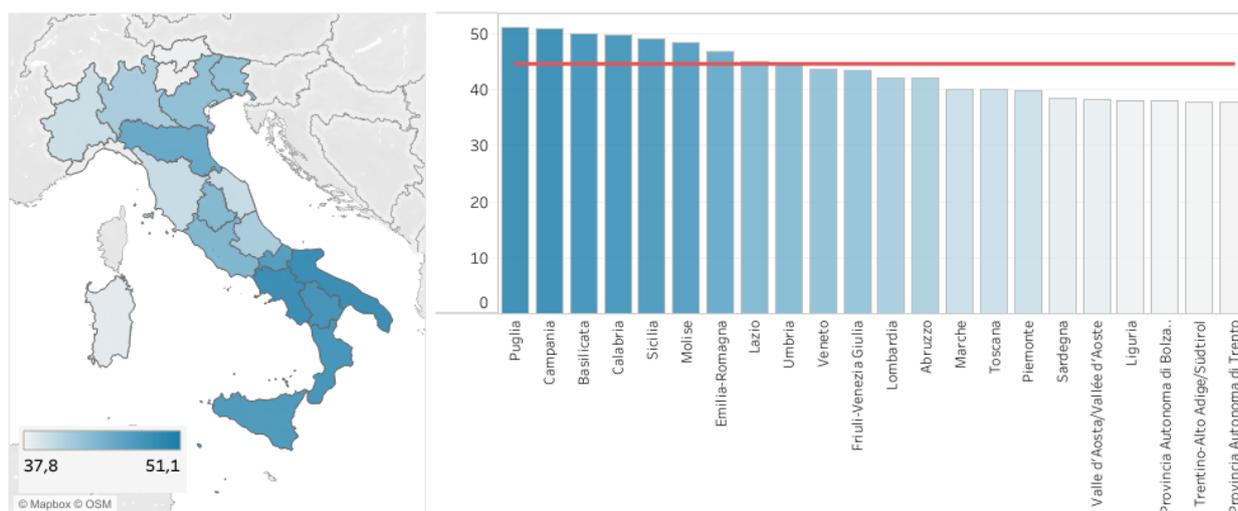


Focalizzando l'attenzione sui dati statistici di alcuni di questi indicatori, emerge che in Sardegna si registrano valori positivi, rispetto alla media nazionale, su alcuni indicatori come: adeguata

alimentazione, eccesso di peso e fumo mentre sono negativi, sempre rispetto alla media nazionale, i dati riferiti alla propensione al consumo dell'alcool, all'indice di salute mentale e alla sedentarietà.

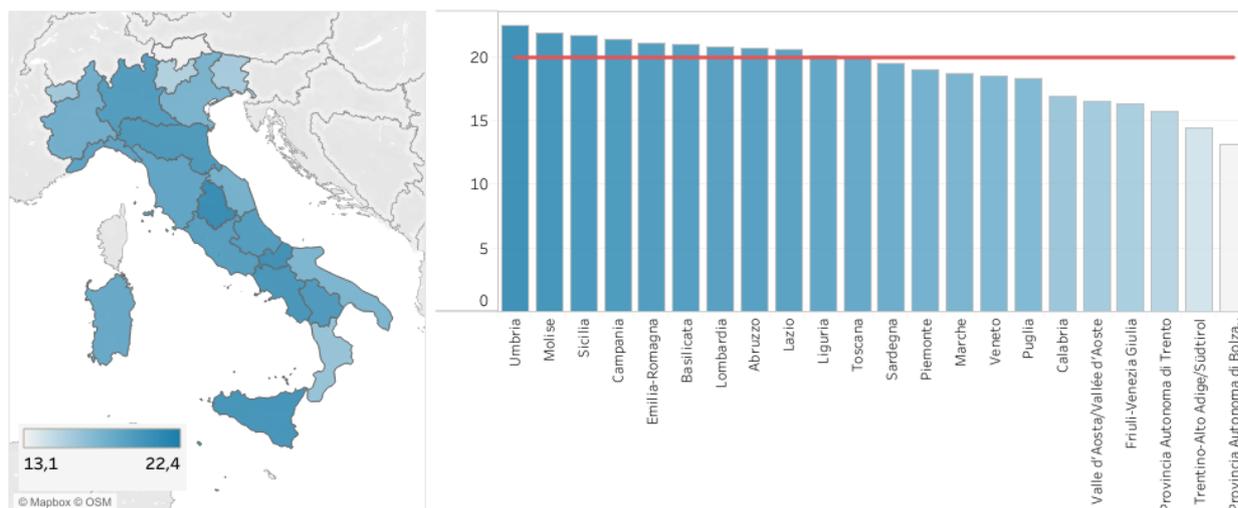
Tra gli indicatori di salute si analizzano di seguito quelli maggiormente significativi.

**Eccesso di peso:** Proporzione standardizzata con la popolazione europea al 2013 di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell'altezza in metri).



Fonte Istat 2023

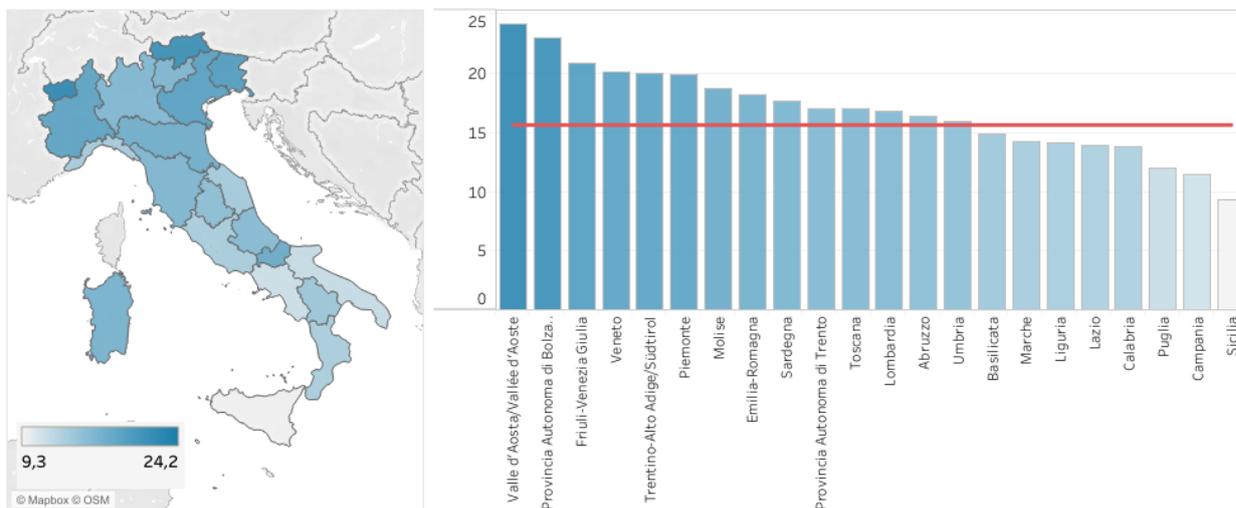
**Fumo:** Proporzione standardizzata con la popolazione europea al 2013 di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più.



Fonte Istat 2023

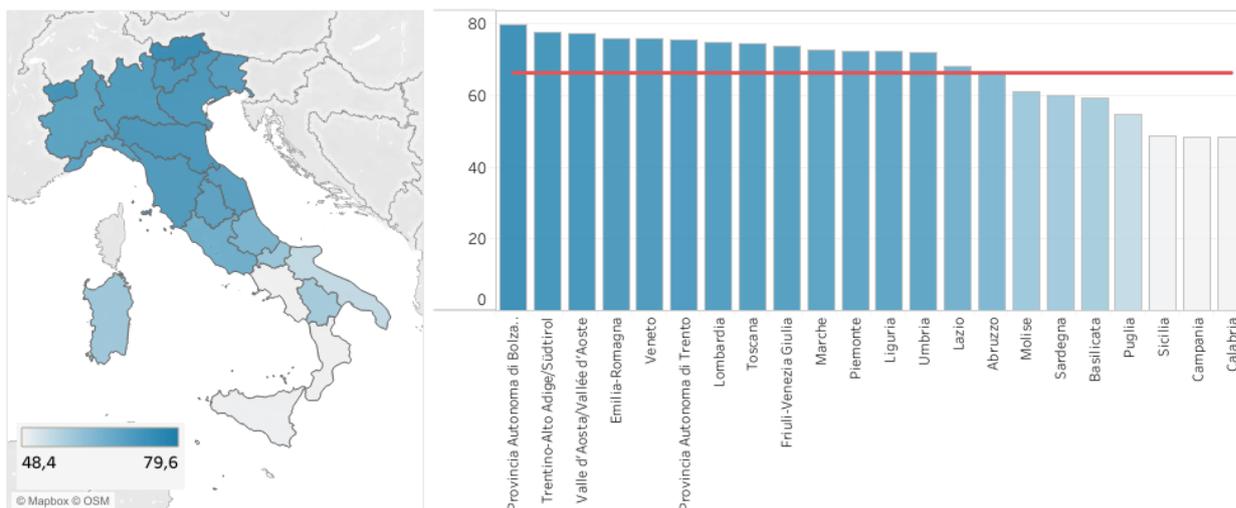
**Alcol:** Proporzione standardizzata con la popolazione europea al 2013 di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcool sul totale delle persone di 14 anni e più. Tenendo conto delle definizioni adottate dall'OMS, nonché delle raccomandazioni

dell'INRAN e in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, si individuano come “consumatori a rischio” tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio, eccedendo nel consumo quotidiano di alcol (secondo soglie specifiche per sesso e età) o concentrando in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 unità alcoliche di una qualsiasi bevanda (binge drinking).



Fonte Istat 2023

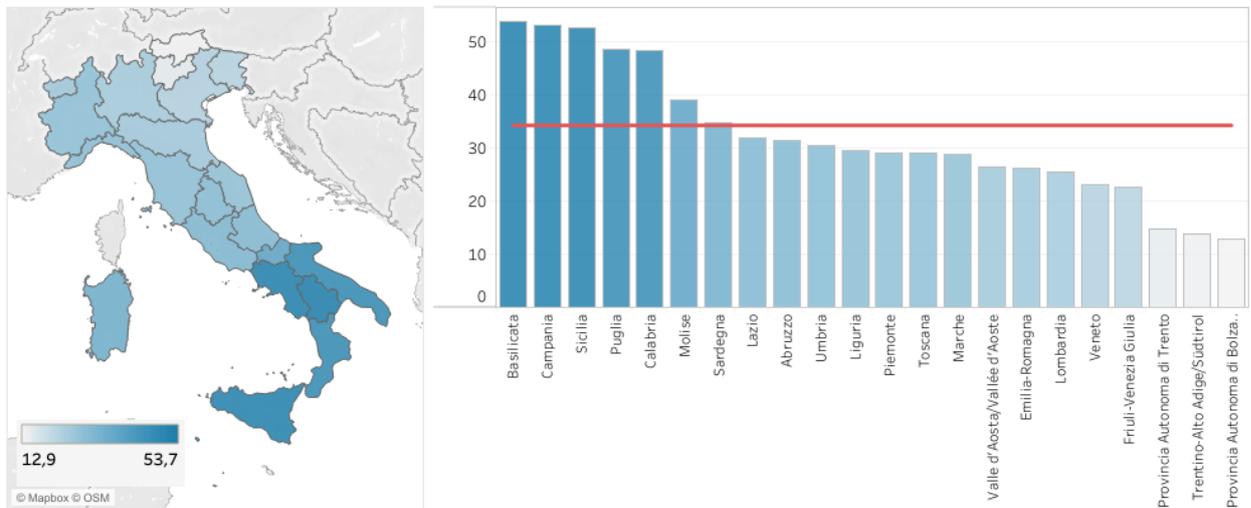
**Alimentazione:** Proporzioni standardizzate con la popolazione europea al 2013 di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più.



Fonte Istat 2023

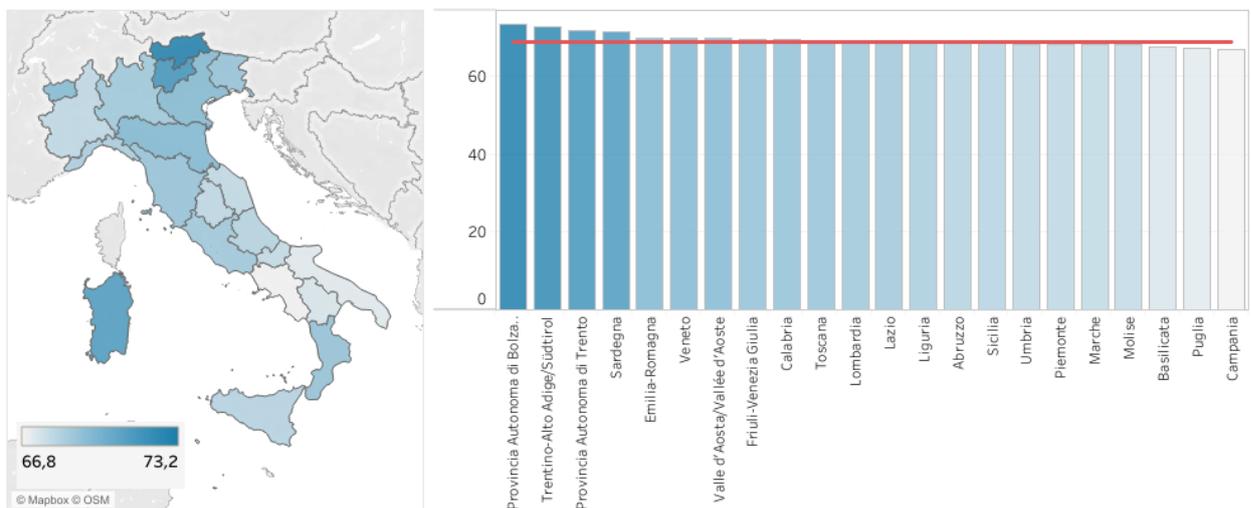
**Sedentarietà:** Proporzioni standardizzate con la popolazione europea al 2013 di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più. L'indicatore si riferisce alle persone di 14 anni e più che non praticano sport né continuamente né saltuariamente nel

tempo libero e che non svolgono alcun tipo di attività fisica nel tempo libero (come passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta, ecc.).



Fonte Istat 2023

**Indice di stato psicologico:** La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 consente anche di costruire un indice di salute psicologica (Mental Component Summary-Mcs)



Questi dati, anche se riferiti all'intera Regione Sardegna, possono essere utilizzati dalla ASL Ogliastra per l'identificazione degli obiettivi di valore pubblico.

Per lo studio del contesto territoriale dell'Ogliastra nei suoi aspetti demografici, sociologici ed economici dell'Ogliastra un utile strumento è l'analisi sviluppata dall'ISTAT per l'intero territorio nazionale e basata sulla selezione di alcuni indici e la loro riaggregazione in un indice composito che ne riassume le fragilità osservate. Lo studio è stato elaborato sui dati comunali del 2021 ed è stato pubblicato il 05.07.2024.

L'indice composito fornisce una misura di sintesi della fragilità dei comuni, intesa come l'esposizione di un territorio ai rischi di origine naturale e antropica e alle condizioni di criticità connesse con le principali caratteristiche demo-sociali della popolazione e del sistema economico produttivo.

TABELLA Indice composito di fragilità comunale

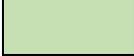
Comune	An no	IFC (decili)	AMB _01	AMB _02	AMB _03	ECO _01	ECO _02	SOC _01	SOC _02	SOC _03	SOC _04	TER _01	TER _02	TER _03
Arzana	2021	6,0	10,0	1,0	2,0	6,0	7,0	5,0	9,0	5,0	10,0	7,0	1,0	10,0
Bari Sardo	2021	9,0	9,0	2,0	10,0	7,0	8,0	8,0	10,0	8,0	4,0	8,0	5,0	10,0
Baunei	2021	7,0	9,0	3,0	1,0	6,0	8,0	7,0	10,0	8,0	6,0	9,0	1,0	10,0
Cardedu	2021	7,0	9,0	3,0	4,0	4,0	8,0	3,0	9,0	8,0	1,0	9,0	4,0	10,0
Elini	2021	10,0	10,0	1,0	10,0	8,0	10,0	2,0	9,0	8,0	4,0	9,0	4,0	10,0
Gairo	2021	10,0	10,0	5,0	3,0	8,0	8,0	7,0	10,0	8,0	10,0	10,0	1,0	10,0
Girasole	2021	9,0	8,0	3,0	10,0	9,0	8,0	1,0	9,0	8,0	1,0	7,0	6,0	10,0
Ilbono	2021	10,0	10,0	1,0	10,0	8,0	9,0	5,0	10,0	8,0	9,0	8,0	3,0	10,0
Jerzu	2021	8,0	10,0	1,0	10,0	5,0	7,0	9,0	9,0	7,0	8,0	10,0	1,0	10,0
Lanusei	2021	7,0	9,0	4,0	10,0	2,0	6,0	6,0	8,0	7,0	8,0	10,0	3,0	10,0
Loceri	2021	10,0	10,0	1,0	10,0	9,0	8,0	5,0	10,0	8,0	2,0	8,0	3,0	10,0
Lotzorai	2021	8,0	9,0	5,0	10,0	6,0	6,0	4,0	9,0	9,0	3,0	7,0	6,0	10,0
Osini	2021	10,0	10,0	1,0	6,0	8,0	7,0	10,0	10,0	9,0	7,0	9,0	1,0	10,0
Perdasdefogu	2021	9,0	10,0	3,0	10,0	9,0	6,0	4,0	8,0	8,0	9,0	8,0	1,0	10,0
Seui	2021	9,0	9,0	1,0	1,0	8,0	10,0	4,0	10,0	8,0	10,0	3,0	1,0	10,0

Comune	Anno	IFC (decili)	AMB_01	AMB_02	AMB_03	ECO_01	ECO_02	SOC_01	SOC_02	SOC_03	SOC_04	TER_01	TER_02	TER_03
Talana	2021	10,0	10,0	1,0	4,0	10,0	10,0	9,0	10,0	7,0	9,0	9,0	1,0	10,0
Tertenia	2021	10,0	10,0	2,0	4,0	5,0	10,0	7,0	10,0	9,0	4,0	10,0	2,0	10,0
Tortolì	2021	4,0	8,0	3,0	4,0	1,0	4,0	3,0	7,0	7,0	3,0	6,0	8,0	10,0
Triei	2021	10,0	9,0	1,0	10,0	10,0	4,0	6,0	10,0	9,0	4,0	10,0	2,0	10,0
Ulassai	2021	10,0	10,0	1,0	10,0	8,0	9,0	6,0	9,0	7,0	10,0	7,0	1,0	10,0
Urzulei	2021	9,0	10,0	1,0	1,0	10,0	8,0	7,0	9,0	7,0	10,0	9,0	1,0	10,0
Ussassai	2021	10,0	10,0	3,0	2,0	9,0	8,0	10,0	10,0	7,0	10,0	10,0	1,0	10,0
Villagrande Strisaili	2021	8,0	10,0	1,0	2,0	8,0	9,0	6,0	9,0	7,0	8,0	8,0	1,0	10,0

Fonte: Istat Indice composito di fragilità comunale – anno 2021

INDICE	DENOMINAZIONE	DESCRIZIONE
AMB_01	Tasso di motorizzazione ad alta emissione	Autovetture circolanti ad alta emissione (Categoria da Euro 0 a euro 3 ) per 100 abitanti
AMB_02	Raccolta indifferenziata di rifiuti urbani per abitante	Rifiuti urbani indifferenziati per abitanti (in Kg)
AMB_03	Aree protette	Percentuale di superficie territoriale coperta da aree naturali terrestri protette incluse nell'Elenco Ufficiale delle Aree Protette (EUAP) o appartenenti alla Rete natura 2020
ECO_01	Densità delle unità locali delle industrie e dei servizi	Rapporto tra lo stock delle unità locali delle imprese attive e la popolazione residente per mille abitanti.
ECO_02	Addetti in unità locali a bassa produttività di settore per l'industria e i servizi.	Percentuale degli addetti delle unità locali sotto la soglia del primo quartile della distribuzione della produttività nominale del lavoro per divisione di attività economica per l'industria e i servizi, sul totale degli addetti.

INDICE	DENOMINAZIONE	DESCRIZIONE
SOC_01	Indice di dipendenza della popolazione aggiustato	Rapporto percentuale tra la popolazione in età 0-19 e oltre 64 e la popolazione in età 20-64.
SOC_02	Popolazione in età compresa tra i 25 e i 64 anni con bassi livelli di istruzione	Popolazione in età compresa tra i 25 e i 64 anni con bassi livelli di istruzione
SOC_03	Tasso di occupazione (20-64 anni)	Rapporto percentuale tra gli occupati 20-64 anni e la popolazione della fascia 20-64 anni
SOC_04	Tasso di incremento della popolazione	Rapporto tra il saldo migratorio, ottenuto con il metodo dei residui, e la popolazione residente iniziale
TER_01	Superficie a rischio di frane	Percentuale di superficie territoriale coperta da aree con pericolosità da frana elevata o molto elevata (Aree P3 –P4 del Piano di Assetto Idrogeologico)
TER_02	Consumo del suolo	Percentuale di suolo a copertura artificiale legata alle dinamiche insediative sul totale della superficie comunale.
TER_03	Indice di accessibilità ai servizi essenziali	Tempo medio di percorrenza per raggiungere il polo più vicino (media dei tempi registrati nei giorni lavorativi di una settimana).

LEGENDA	
	Minima fragilità
	Molto bassa
	Bassa
	Medio bassa
	Lieve
	Moderata
	Medio alta
	Alta
	Molto alta
	Massima fragilità

Tutti i comuni che appartengono al territorio di riferimento dell'Asl Ogliastra registrano una alta, molto alta o massima fragilità fatta eccezione per il comune di Tortolì che ha un indice composito di 4 (medio bassa fragilità).

A definire il dato di fragilità composito concorrono dodici indici che valutano alcuni aspetti relativi alla tutela dell'ambiente, all'economia, al territorio, alla composizione demografica della popolazione.

Le caratteristiche del territorio ogliastrino e le difficoltà di collegamento tra i diversi centri spiegano i dati di massima fragilità dei comuni per quanto riguarda l'indice di accessibilità ai servizi essenziali calcolato sul tempo medio di percorrenza per raggiungere il polo più vicino (media dei tempi registrati nei giorni lavorativi di una settimana).

La tutela dell'ambiente visto attraverso il tasso di motorizzazione ad alta emissione (autovetture circolanti ad alta emissione -Categoria da Euro 0 a euro 3 - per 100 abitanti) e attraverso la presenza di aree protette (percentuale di superficie territoriale coperta da aree naturali terrestri protette incluse nell'Elenco Ufficiale delle Aree Protette –EUAP- o appartenenti alla Rete natura 2020) evidenzia come ancora sia da costruire un'idea di comunità volta alla tutela del nostro ambiente. Lo sviluppo di una coscienza collettiva in questo senso è certo più difficile nei contesti in cui ancora si registrano segnali di grave ritardo nello sviluppo economico e nel miglioramento dei livelli di istruzione e specializzazione professionale.

Sul piano economico sono sicuramente fonte di riflessione la densità delle unità locali delle industrie e dei servizi che misura il rapporto tra lo stock delle unità locali delle imprese attive e la popolazione residente per mille abitanti, letta unitamente agli addetti in unità locali a bassa produttività di settore per l'industria e i servizi. Quest'ultimo indice esprime la percentuale degli addetti delle unità locali sotto la soglia del primo quartile della distribuzione della produttività nominale del lavoro per divisione di attività economica per l'industria e i servizi, sul totale degli addetti. Se da un lato assistiamo a valori ottimi e medi per quanto riguarda la presenza di imprese in comuni come Tortoli, Lanusei, Jerzu e Tertenia dall'altro, questa maggiore dinamicità commerciale è attenuata, in termini di valore sociale e collettivo, dalla presenza, negli stessi contesti, di un elevato numero di addetti in unità locali a bassa produttività del lavoro.

I problemi economici così come la difficoltà di raggiungere i luoghi di cura e le lunghe liste d'attesa hanno spinto sempre più verso la rinuncia alle prestazioni sanitarie. Nel 2023 *“L'indicatore -di rinuncia- mostra una tendenza al peggioramento... La quota di cittadini che rinuncia a prestazioni sanitarie è massima nella fascia di età 55-59 anni (11,1%), è più bassa ma comunque elevata tra gli anziani di 75 anni e più (9,8%) e minima tra i bambini fino ai 13 anni (1,3%). Nel confronto di genere emerge uno svantaggio delle donne, con il 9,0% che indica almeno una rinuncia, contro il 6,2% degli uomini. Rispetto alle aree geografiche la quota più alta di rinuncia si registra al Centro (8,8%), mentre nel Mezzogiorno è pari al 7,7% e al Nord al 7,1%. A livello regionale si rileva una spiccata variabilità con un divario tra minimo e massimo di 8,6 punti percentuali analogo al 2023 rispetto al gap registrato prima della pandemia (2019 8,5%). Il dato peggiore si conferma in Sardegna con un valore pari al 13,7%”<sup>1</sup>*

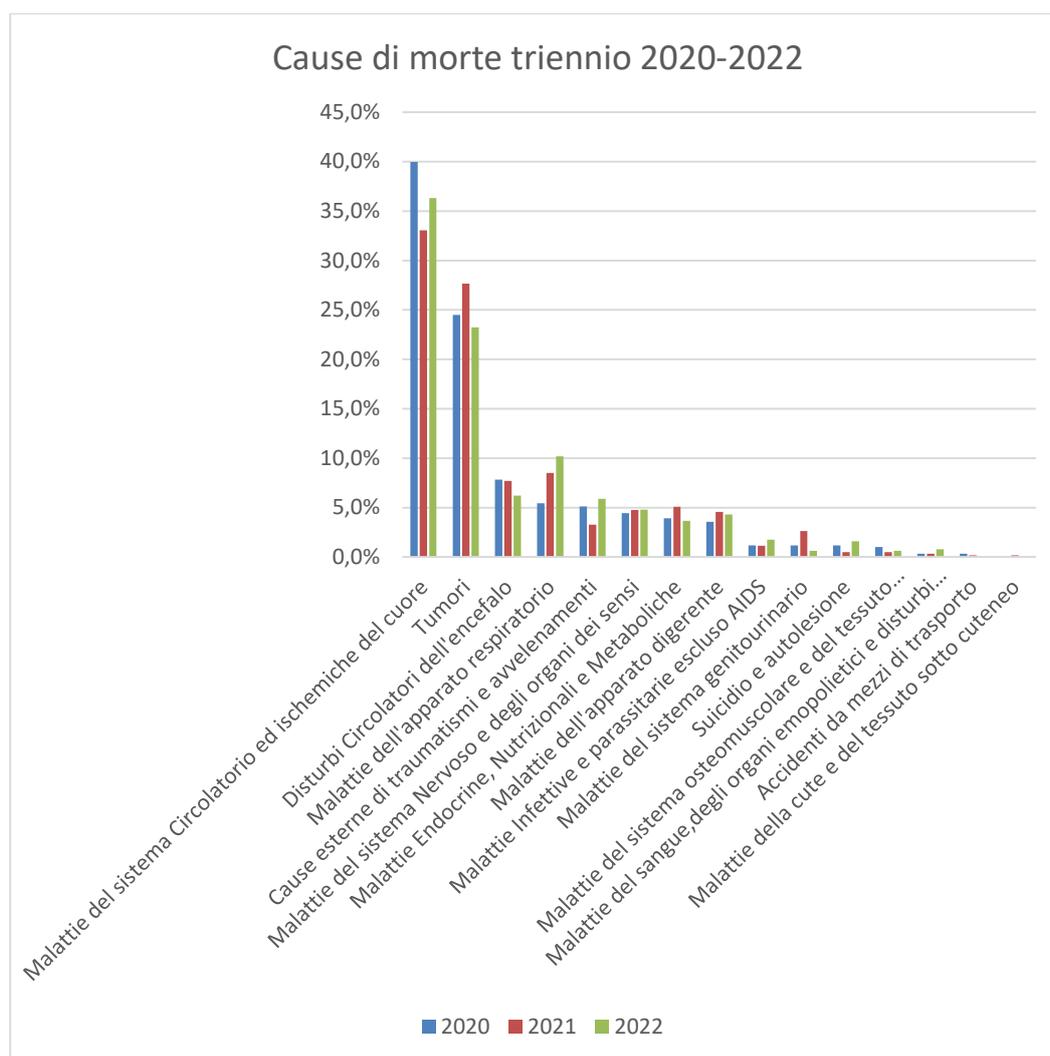
Dall'analisi demografica della popolazione dell'Ogliastra e dalle dinamiche sociali, economiche e familiari derivanti dal processo di invecchiamento e di spopolamento di alcune sub aree, si ricavano fondamentali indicatori per l'organizzazione dei servizi socio-sanitari al fine di garantire tempestivamente cura e assistenza.

Altro indicatore fondamentale per conoscere lo stato di salute della popolazione è l'analisi delle cause di morte.

---

<sup>1</sup> Relazione CNEL sui Servizi Pubblici 2024

Si riportano nel grafico seguente le cause di morte nei comuni dell'Ogliastra nel triennio 2020-2022:



Fonte: Elaborazione dati Rencam 2020/2022

Gli ultimi dati disponibili sulla mortalità (anno 2022, fonte: Elaborazione dati Rencam 2020/2022) evidenziano un totale di 628 decessi. Le cause di morte più diffuse risultano i disturbi del sistema circolatorio (29% sul totale decessi), le neoplasie (23,2% sul totale decessi) e le malattie dell'apparato respiratorio.

#### 1.4 Analisi del contesto interno

L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 Ogliastra eroga i servizi sanitari nel territorio di propria competenza attraverso le strutture pubbliche dell'assistenza collettiva, territoriale ed ospedaliera e tramite le strutture private convenzionate.

Il Dipartimento strutturale di Igiene e Prevenzione Sanitaria è la struttura dell'Asl Ogliastra, dotata di autonomia tecnico-professionale e gestionale preposta a garantire la tutela della salute collettiva in ambiente di vita e lavoro e della sanità pubblica veterinaria, promuovendo azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate e a forte integrazione con il Distretto e i Dipartimenti dell'Azienda, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

In questa visione il DP diventa un nodo della rete dei servizi assistenziali del territorio che opera in raccordo con gli altri nodi della rete estendendo gli ambiti di intervento attraverso una stretta interazione e integrazione, organizzativa e operativa nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse, favorendo la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute in un'ottica di un "Unica Salute" che la considera come il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente.

Il Dipartimento, secondo la normativa vigente nazionale e regionale svolge le seguenti attività:

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

L'assistenza territoriale è garantita dal Distretto di Tortolì e dal Dipartimento di Salute Mentale.

Il Distretto si configura, quale centro di riferimento cui affluiscono le istanze sanitarie e sociosanitarie della comunità e luogo in cui si garantisce la ricomposizione dell'offerta degli interventi secondo principi di equità, efficienza e appropriatezza in relazione alle risorse assegnate dalla Direzione Generale.

L'assistenza distrettuale è l'insieme delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, semi-residenziale o residenziale.

Le attività sono erogate nel territorio e comprendono, in via indicativa:

- attività svolta dai Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dei medici di Continuità Assistenziale;
- emergenza sanitaria territoriale (in raccordo con l'attività di pertinenza dell'AREUS secondo le disposizioni regionali in merito);
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza protesica;

- attività e servizi di assistenza domiciliare;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività e servizi del consultorio per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività e servizi per le persone disabili adulte e anziane;
- attività e servizi per le patologie da HIV;
- attività e servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita;
- assistenza psicologica;
- medicina scolastica;
- educazione sanitaria e tutela della salute collettiva in stretto coordinamento con il competente Dipartimento di Prevenzione;
- sanità penitenziaria.

Il Distretto ha il compito di gestire, ai sensi del DM 77/2022, le Case della Comunità previste nel territorio di riferimento, intese come rete, localizzate a Tortoli HUB, Lanusei e Jerzu Spoke integrando le rispettive funzioni, definisce strategicamente gli obiettivi di salute delle case delle comunità in linea con la programmazione aziendale e coerentemente con l'analisi dei bisogni locali.

La Casa della Comunità rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. E' infatti il luogo fisico di prossimità attraverso il quale l'assistito accede al sistema di assistenza socio-sanitaria.

La Casa della Comunità prevede un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi socio-sanitari. L'attività infatti deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'equipe tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, anche nelle loro forme organizzative, infermieri di famiglia e/o comunità e altri professionisti della salute disponibili nelle aziende sanitarie, quali, ad esempio, psicologi, ostetrici, professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione e assistenti sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. Attraverso lo Sportello Unico di Accesso (SUA) si garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e socio-sanitari.

Con l'art. 45 della Legge Regionale 24/2020 è stato istituito l'Ospedale di Comunità (OdC) quale struttura sanitaria di ricovero post acuzie che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. La Asl Ogliastra è impegnata nella realizzazione di questa struttura, la cui sede è prevista ad Arzana nell'EX-Preventorio, come da DGR 9/22 del 24/03/2022 Piano Regionale dei Servizi Sanitari della Regione Sardegna.

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico-sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico.

L'infermiere di famiglia e/o comunità è la figura professionale indicata come riferimento che assicura l'assistenza infermieristica a diversi livelli di complessità con l'obiettivo di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), la cui sede è stata individuata a Bari Sardo (nella sede ex USCA), è un servizio sanitario che garantisce l'assistenza medica domiciliare ai pazienti che non possono recarsi presso gli ambulatori medici. L'UCA è dotata di un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o di comunità in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 311 del 25/06/2024 avente ad oggetto "M6 C1 1.2.2: Centrali Operative Territoriali- Intervento PNRR – Realizzazione di una COT il poliambulatorio di Tortolì" è stata attivata dal 30/06/2024 la COT di Tortolì operativa 7 giorni su 7, 12 ore al giorno, grazie al lavoro di 6 infermieri, un coordinatore infermieristico e un impiegato amministrativo.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) ha il compito di coordinare e collegare i vari servizi sanitari territoriali. La COT raccoglie e struttura tutte le informazioni attinenti alla presa in carico della persona e le condivide con i diversi attori della rete: PASS, PUA, UVT e professionisti coinvolti nei diversi ambiti assistenziali secondo quanto stabilito dalla programmazione del Distretto.

La COT ha l'obiettivo di dare adeguata assistenza ai pazienti in tempi brevi ed è il tramite per il quale avvengono tutti i setting assistenziali, che possono essere ospedalieri, territoriali, residenziali e domiciliari. In questa prima fase si è partiti con la gestione dei cambi di setting tra ospedale e domicilio. La Cot si occupa del monitoraggio, del tracciamento e della registrazione dei passaggi di setting che avvengono dal presidio ospedaliero al territorio e consentirà di snellire le relative procedure, utilizzando degli strumenti informatici avanzati che lasciano traccia di tutte le attività. La Centrale Operativa Territoriale (COT) gestisce il coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi ambiti assistenziali secondo quanto stabilito dalla programmazione del Distretto, in stretta cooperazione tra il Direttore del Distretto, il Direttore dei Servizi Socio-sanitari e il Direttore del Dipartimento.

In questo contesto assume rilevanza la presenza in Ogliastra a Tortolì di una RSA, al fine di completare l'offerta di servizi alla persona atte a garantire risposte ai bisogni sanitari e socio sanitari della popolazione ogliastrina in un'ottica di integrazione dei servizi territoriali. La RSA è una struttura residenziale e semiresidenziale extra ospedaliera finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie e di tutela e trattamenti riabilitativi a pazienti, di norma anziani, in condizioni di non autosufficienza fisica e/o psichica, privi di supporto familiare che consenta di erogare a domicilio gli interventi sanitari ed assistenziali necessari.

Essa, nell'ambito del processo di integrazione dei Servizi territoriali, si colloca in un setting di cure intermedio tra l'assistenza domiciliare e quella ospedaliera e la sua attività, se ben programmata e gestita, consente di supplire alla assenza di una rete familiare di supporto adeguata e, allo stesso tempo, impedisce il ricorso a forme inappropriate di accesso all'Ospedale.

Il Dipartimento strutturale di salute mentale e delle dipendenze (DSMD), dotato di autonomia tecnico-organizzativa e gestionale rappresenta l'articolazione dell'Azienda preposta alla prevenzione diagnosi, cura e riabilitazione del disagio e del disturbo psichico dei cittadini, concorrendo a promuovere la salute mentale come aspetto della salute Generale in ogni fascia di età. Concorre, inoltre, a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico, disturbo mentale e dipendenze patologiche che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazione dal tessuto sociale. Privilegia interventi personalizzati ed interviene primariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria di comunità, valorizzando come risorsa dei servizi la partecipazione delle associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato e degli enti locali.

Il dipartimento strutturale di Integrazione Ospedale-Territorio garantisce, in una logica di integrazione delle competenze e dei processi clinici organizzativi, un efficace presa in carico del paziente, favorendo percorsi di cura più appropriati per il paziente e assicura una maggiore appropriatezza dell'accesso all'ospedale con

particolare riferimento all'area delle cure palliative, della riabilitazione in ambito territoriale, della diabetologia, dell'assistenza domiciliare integrata e dell'assistenza integrativa e protesica.

L'Azienda, attraverso il dipartimento, valorizza il domicilio, quale ambito assistenziale privilegiato per la cura e il recupero dell'autosufficienza della persona.

Il dipartimento costituisce il naturale collegamento tra le strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere – aziendali e non – i medici di medicina generale, Il Distretto al fine di garantire la continuità di cure nel passaggio ospedale-territorio con lo scopo di evitare dimissioni precoci, dimissioni non organizzate e degenze prolungate in maniera inappropriata.

Il Dipartimento opera in collegamento con la Direzione del Distretto, la Direzione Medica del Presidio, gli altri Dipartimenti territoriali, il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari che deve garantire una presa in carico globale del paziente sia dal punto di vista sanitario che socio-sanitario, con il supporto della Direzione Sanitaria Aziendale.

L'assistenza ospedaliera è garantita dal Presidio Nostra Signora della Mercede di Lanusei e dalla Casa di Cura Tommasini di Jerzu. Il presidio di Lanusei offre assistenza in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, day service con 115 posti letto complessivi.

**Tabella posti letto struttura pubblica “Nostra Signora della Mercede”**

Codice struttura	Codice disciplina	Disciplina	Progressivo divisione	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale	Anno apertura	Mese apertura
200019	08	Cardiologia	01	1	0	5	6	2008	10
200019	09	Chirurgia generale	01	0	2	24	26	1956	01
200019	26	Medicina generale	01	3	0	28	31	1961	01
200019	26	Nefrologia	03	0	0	2	2	1999	01
200019	31	Nido	01	0	0	6	6	1968	01
200019	36	Ortopedia e traumatologia	01	0	1	10	11	1961	01
200019	37	Ostetricia e ginecologia	01	0	2	14	16	1962	01
200019	39	Pediatria	01	2	0	5	7	1968	01
200019	49	Terapia intensiva	01	0	0	4	4	1993	01
200019	50	Unità coronarica	01	0	0	4	4	2013	07
200019	94	Terapia semintensiva	01	0	0	2	2	2020	07
<b>Totale</b>				<b>6</b>	<b>5</b>	<b>104</b>	<b>115</b>		

Fonte HSP12 anno 2024

La Casa di Cura Tommasini offre assistenza in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, day service con 66 posti letto complessivi.

**Tabella posti letto struttura privata convenzionata**

<b>Codice struttura</b>	<b>Codice disciplina</b>	<b>Disciplina</b>	<b>Day hospital</b>	<b>Day surgery</b>	<b>Degenza ordinaria</b>	<b>Totale</b>	<b>Anno apertura</b>	<b>Mese apertura</b>
200023	21	Geriatrica	4	0	10	12	1998	06
200023	26	Medicina generale	0	0	10	10	1998	06
200023	56	Recupero e riabilitazione funzionale	4	0	10	14	2005	01
200023	60	Lungodegenti	0	0	20	20	2005	01
200023	98	Day surgery	0	8	0	8	2011	06
<b>Totale</b>			<b>8</b>	<b>8</b>	<b>50</b>	<b>66</b>		

Fonte HSP13 anno 2023

## **SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

### **2.1 Valore pubblico**

Il valore pubblico è la capacità delle amministrazioni pubbliche di generare e sostenere benefici per la collettività.

Il valore pubblico generato dall'Azienda Asl Ogliastra si traduce nella tutela, nel miglioramento continuo e nella promozione della salute dei cittadini, intesa come stato di benessere fisico, mentale e sociale. La missione strategica dell'Azienda sanitaria, si esplica quindi nel dare soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nel rispetto dei seguenti principi:

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale

La Asl Ogliastra, in linea con la missione aziendale e con i fondamenti che caratterizzano la propria visione, intende migliorare progressivamente il Valore pubblico promuovendo, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, strategie positive integrate finalizzate a migliorare la performance complessiva e produrre effetti principalmente nella dimensione afferente al benessere socio-sanitario degli utenti e congiuntamente sullo stato di salute interno. L'Azienda riconosce la centralità del cittadino in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta, all'organizzazione dei servizi e allo sviluppo di un sistema di analisi del livello di soddisfazione. La centralità delle persone e dei loro bisogni costituiscono il riferimento per articolare le funzioni gestionali in stretta relazione ai processi assistenziali. La valorizzazione delle professionalità di tutti gli operatori, non solo intesa in senso tecnico, ma anche come capacità di interagire con i pazienti e i colleghi è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni. Le risorse umane, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza dell'organizzazione ed il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione stessa.



La Piramide funziona secondo una logica di generazione e misurazione progressiva del valore pubblico, partendo dalla base, salendo di livello in livello e trovando la sua misura sintetica nell'apice.

Alla base della piramide del Valore Pubblico sono le risorse umane che vanno coinvolte e motivate e indirizzate alla creazione de valore pubblico interno; solo così si potrà creare Valore Pubblico esterno per utenti e "stakeholder" e migliorare gli impatti positivi sui cittadini.

L'analisi della evoluzione sociale ed economica della comunità dell'Ogliastra, evidenzia la necessità di introdurre un nuovo approccio sistemico nella ricerca di nuove azioni a tutela della salute collettiva. I moderni scenari in cui le aziende sanitarie si trovano ad operare impongono nuove strategie ispirate al concetto di salute inteso come *"stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia"*<sup>2</sup>.

La complessità delle realtà osservata comporta un altrettanto elevato grado di complessità nelle soluzioni prospettate avendo cura di cogliere le interconnessioni e le convergenze esistenti fra la salute di uomo, animali e ambiente.

L'approccio One Health, Una Salute, consolida i legami fra i sistemi sanitari umani e veterinari e si amplia, accogliendo oltre a queste, l'altrettanto inscindibile sistema della salute degli ecosistemi in cui viviamo. Questa interconnessione si fa tanto più stretta quanto più:

- il cambiamento climatico e il consumo del suolo alimentano la diffusione di malattie zoonotiche e malattie trasmesse da vettori (organismi viventi come zanzare, zecche, pulci);
- gli spostamenti e gli scambi globali facilitano la diffusione rapida delle malattie su scala planetaria.

Inoltre la rivoluzione clinica e antropologica segna il passaggio dal curare al prendersi cura e coniuga interventi sanitari ad alta specializzazione ed efficacia con un'assistenza a sempre maggiore grado di protezione. Questo orientamento porta la Asl Ogliastra a sviluppare ulteriormente l'offerta sociosanitaria sulla presa in carico dei cittadini che manifestano bisogni sia clinici che assistenziali. Le peculiarità dell'offerta socio-sanitaria ogliastrina sono la rete capillare di strutture che nel corso degli anni si è evoluta e costituisce un'opportunità per il miglioramento del sistema ospedaliero in quanto sostiene quella continuità assistenziale indispensabile per il passaggio dal curare al prendersi cura e per colmare la distanza tra il mondo sanitario e quello socio-sanitario che la pandemia ha evidenziato. La rete sociosanitaria territoriale ogliastrina

<sup>2</sup> OMS 1998

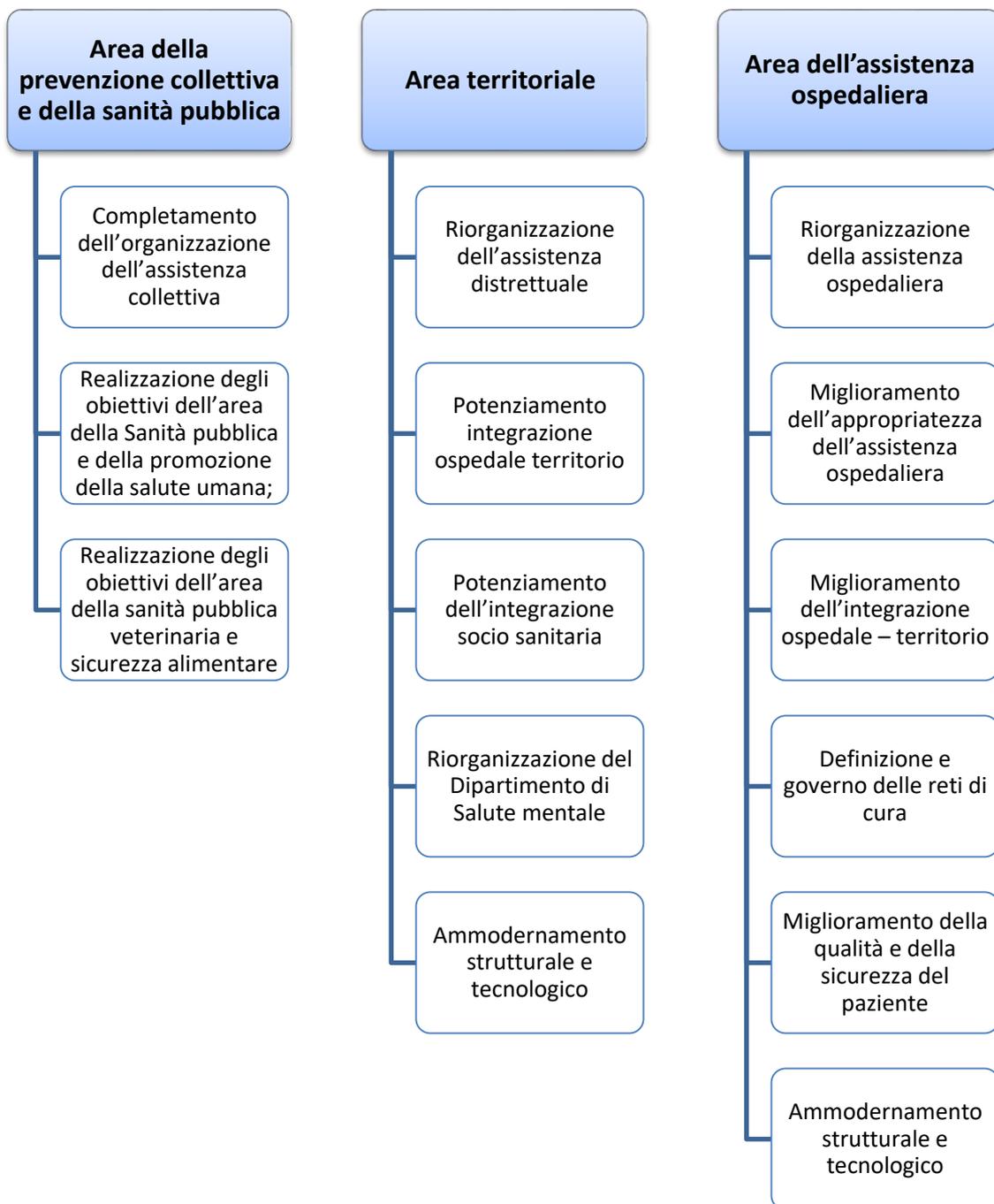
si completa con la rete socioassistenziale garantita dai Comuni, a cui si aggiungono le diverse sperimentazioni proposte in sede di programmazione del Piano Locale dei Servizi alla persona.

La programmazione aziendale tiene conto di queste interrelazioni nel definire gli obiettivi strategici complessivi che per il nuovo triennio 2025/2027 sono espressi nel Piano Sanitario annuale e triennale anno 2025 – 2027 <https://www.aslogliastra.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/documenti-programmazione-strategico-gestionale-asl-ogliastra/>

Con la programmazione sanitaria triennale, che rappresenta il documento di base per l'organizzazione dell'attività aziendale, sono state individuate tre macro aree:

1. area della prevenzione collettiva e della sanità pubblica;
2. area territoriale;
3. area dell'assistenza ospedaliera.

Per ciascuna delle tre macro aree sono stati individuati gli obiettivi strategici che qualificano, nel loro complesso, l'azione della ASL Ogliastro.



Nella definizione degli obiettivi di valore pubblico si tiene conto anche delle criticità emerse dall'analisi degli indicatori del BES focalizzando l'attenzione sui dati della dimensione salute. L'azienda proseguirà negli interventi posti in essere per ridurre i rischi da dipendenze sia dall'uso di sostanze che di non sostanze, per migliorare gli stili di vita e salute mentale dei cittadini.

Una particolare attenzione dovrà essere riservata alla soddisfazione sia del cittadino sia del dipendente.

Infine un fondamentale obiettivo da conseguire, alla luce dell'attuale crisi energetica internazionale, è quello di contribuire al risparmio energetico mediante l'adozione di misure volte alla sensibilizzazione del personale sull'uso intelligente e razionale dell'energia e all'applicazione del piano d'azione per la riduzione dei consumi

energetici. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 559 del 29 dicembre 2023 è stato approvato il piano di azione per la riduzione della spesa energetica della Asl Ogliastra.

L'ASL Ogliastra ha ritenuto essenziale provvedere alla stesura e all'approvazione di linee guida, volte all'efficientamento energetico dell'Azienda e al conseguente risparmio economico. Questo in linea con l'attuale orientamento europeo e con il piano programmatico regionale (e in coerenza con le indicazioni del Piano Energetico Ambientale Regione Sardegna - PEARS).

Il "Piano di Azione" adottato sottolinea la concreta volontà di agire sia attraverso le azioni strutturali messe in campo dalla direzione aziendale, sia con il coinvolgimento degli operatori della sanità in un processo di formazione, informazione e assunzione di comportamenti virtuosi per il raggiungimento ed il mantenimento degli obiettivi di sostenibilità ambientale.

Gli scenari sempre più complessi in cui l'azienda si trova ad operare, introduce la formazione come strumento per gestire la complessità e affrontare in modo consapevole le sfide di un mondo in continua evoluzione.

La formazione rappresenta sempre più una determinante della creazione di Valore Pubblico contribuendo a rafforzare le conoscenze, le competenze e le abilità dei dipendenti e nel contempo favorendo lo sviluppo del benessere organizzativo capace di generare motivazione, senso di appartenenza e un incremento della produttività. Questo è uno degli aspetti osservabili come impatto interno. Non meno importanti sono i benefici sul versante esterno della creazione di Valore Pubblico. Il rafforzamento delle competenze produce una maggiore fiducia dei cittadini e in genere di tutti i portatori di interessi nei confronti dell'Azienda.

Parallelamente alla formazione e valorizzazione delle risorse umane, un altro obiettivo fondamentale di valore pubblico per la Asl Ogliastra è la fidelizzazione dei dipendenti e in modo particolare del personale medico, vista la grave carenza e criticità nel reclutamento. Si ritiene pertanto essenziale continuare ad adottare delle misure volte a incrementare nel breve e lungo termine il grado di attrazione di personale. L'Azienda ha già previsto l'erogazione di benefit e incentivi a favore del personale medico, a seguito di contrattazione con le OO.SS, a valere su fondo sanitario regionale che ha istituito un finanziamento per l'operatività dei presidi ospedalieri nelle aree colpite da particolare disagio demografico e geomorfologico.

VALORE PUBBLICO						
OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET	FONTE	DIMENSIONE STRATEGICA / OPERATIVA	
Riduzione della mortalità complessiva mediante un potenziamento dell'offerta sanitaria	Tasso di mortalità (n° decessi /popolazione*100000)	1145	≤ 1050	RENCAM (Registro cause di morte)	SALUTE	
Riduzione della mortalità per le principali cause di morte mediante il potenziamento degli screening e di strumenti di telemedicina per le patologie	Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio (n° decessi per causa di morte/popolazione*100000)	332	≤ 320	RENCAM (Registro cause di morte)	SALUTE	
	Tasso di mortalità per tumore (n° decessi per causa di morte/popolazione*100000)	272	≤ 250	RENCAM (Registro)	SALUTE	

VALORE PUBBLICO

OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET	FONTE	DIMENSIONE STRATEGICA /OPERATIVA
cardiologiche e pneumologiche				cause di morte)	
	Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio (n° decessi per causa di morte/popolazione*100000)	117	≤ 100	RENCAM (Registro cause di morte)	SALUTE
Riduzione della mortalità per suicidio	Tasso di mortalità per suicidio (n° decessi per causa di morte/popolazione*100000)	18	≤ 15	RENCAM (Registro cause di morte)	SALUTE
Migliorare le abitudini e gli stili di vita mediante identificazione aree critiche e adozione di azioni correttive	Individuazione aree critiche sui corretti stili di vita (sedentarietà – fumo - alcool)	nd	Individuazione e aree critiche	Dipartimenti Prevenzione/ Salute Mentale	PROCESSI
	Elaborazione progetti per l'adozione di azioni correttive sulle aree critiche	2	4	Dipartimenti Prevenzione/ Salute Mentale	PROCESSI
Prevenzione del rischio per malattie infettive e diffuse nell'uomo e negli animali	Proseguimento attuazione progetto sulle attività di formazione nelle scuole relativamente alle zoonosi	Redatto e avviato progetto nelle scuole	Realizzazione almeno n. 2 eventi formativi	Servizio igiene allevamenti e origine animale	SALUTE
Tutela patrimonio zootecnico	% allevamenti indenni per brucellosi, tubercolosi e peste suina	100%	100%	Sanità animale	SALUTE / PROCESSI
“Casa come luogo privilegiato dell'assistenza”- potenziamento della cure domiciliari	Percentuale di assistiti over 65 trattati in SIAD in rapporto alla popolazione anziana	16%	Mantenimento o baseline	Flusso SIAD	SALUTE
Riduzione/Mantenimento tassi di ospedalizzazione	Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti	157	<= 160		SALUTE
	Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti	109	≤ 120		
	Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti	48	≤ 40		
Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	Livello di aderenza agli standard di qualità nel treemap del PNE – area osteomuscolare	molto basso	medio	PNE/file A	SALUTE

**VALORE PUBBLICO**

<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>BASELINE</b>	<b>TARGET</b>	<b>FONTE</b>	<b>DIMENSIONE STRATEGICA /OPERATIVA</b>
	Livello di aderenza agli standard di qualità nel treemap del PNE – area cardiocircolatorio	basso	medio	PNE/file A	SALUTE
Miglioramento immagine azienda nel territorio	soddisfazione utenti per livello di servizio	≥ 7	≥ 7	Software GURU	ACCESSIBILITÀ
Garantire un ambiente di lavoro sicuro e salubre per tutti i propri dipendenti	Analisi delle informazioni sulle condizioni di lavoro e sul benessere dei dipendenti emerse dalla rilevazione precedentemente avviata e individuazione di eventuali misure correttive	avviato progetto di valutazione dei rischi psicosociali attivando una convenzione con l'Università degli Studi di Cagliari	Analisi dei dati  Individuazione e eventuali misure correttive	Asl Ogliastra/Università degli studi di Cagliari	
	Numero di infortuni asl Ogliastra	21	Riduzione n. infortuni	Servizio Prevenzione e Protezione	PROCESSI
Adottare misure di efficientamento energetico	Corsi di formazione effettuati / corsi programmati e sensibilizzazione del personale sull'uso intelligente e razionale dell'energia	100%	100%	Area Tecnica	
	Applicazione e monitoraggio del piano d'azione per la riduzione della spesa energetica	Redazione piano anno 2024 – applicazione nel triennio successivo	100%	Area Tecnica	EFFICIENZA
Equilibrio economico	Pareggio di bilancio	perdita	pareggio		EFFICIENZA
Rispetto delle obbligazioni vs fornitori	Ritardo nel pagamento dei debiti commerciali	N. zero giornate di ritardo	N. zero giornate di ritardo	SISAR - AMC	EFFICIENZA
Raccolta e invio dei flussi informativi	% flussi inviati entro la scadenza	100%	100%	SC Programmazione e Controllo	EFFICIENZA
Controllo spesa farmaceutica	Report periodici del monitoraggio dei profili prescrittivo	n. 3 report annuali	4 report annuali		EFFICIENZA
Potenziamento della capacità di erogare prime	Tempi di attesa per le prime visite specialistiche e diagnostiche	Tempi medi di attesa	30 giorni	CUP	ACCESSIBILITÀ

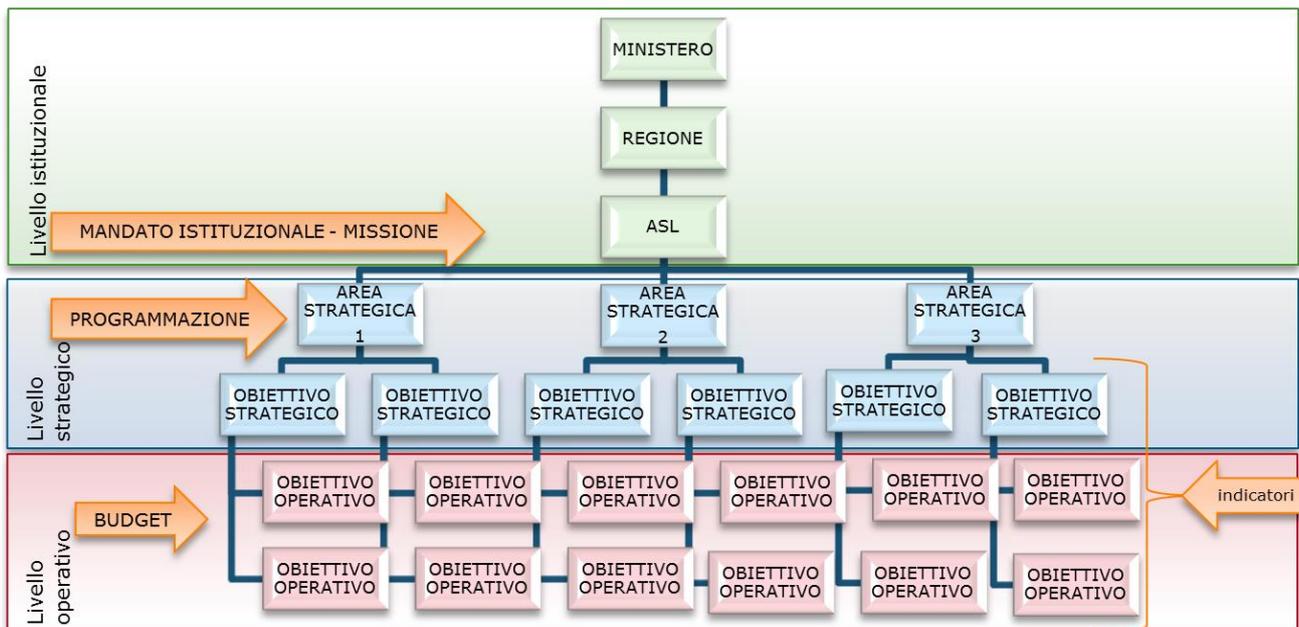
VALORE PUBBLICO						
OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET	FONTE	DIMENSIONE STRATEGICA /OPERATIVA	
visite specialistiche e diagnostiche		pubblicati su Sardegna Salute	60 giorni			
Implementazione sistemi di telemedicina	Attivazione/potenziamento di progetti di telemedicina	1 progetto	2 progetti	ASL Ogliastra	ACCESSIBILITÀ / PROCESSO	
Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Numero di ore di formazione previste dalla Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 14.01.2025	N.D.	40 ore	ASL Ogliastra	RISORSE UMANE	
Attrazione e fidelizzazione del personale dipendente	Incremento numeri di medici per 1000 abitanti	2,05	+ 1%	ASL Ogliastra	RISORSE UMANE	

Al fine di raggiungere tali obiettivi di valore pubblico l'Azienda intende adottare degli obiettivi di performance individuati nella successiva sezione "performance".

## 2.2 Performance

La performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita. Nelle amministrazioni pubbliche il concetto di performance è stato introdotto dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che ha disciplinato il ciclo della performance. Il decreto legge n. 90 del 2014 (convertito nella legge n. 114/2014) ha trasferito le competenze in materia di performance al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri che ha emanato delle linee guida in merito.

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta in modo sintetico e completo la performance dell'amministrazione illustrando i legami tra mandato istituzionale, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi come rappresentato nel grafico seguente.



Il mandato istituzionale e la missione sono articolati in aree strategiche. Le aree strategiche sono, a loro volta, articolate secondo il criterio dell'outcome per cui solitamente sono trasversali a più unità organizzative.

Per ciascuna area strategica sono definiti gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi a cui sono associati uno o più indicatori.

La presente sezione presenta gli indirizzi strategici operativi e gli obiettivi di performance che la ASL Ogliastra intende conseguire nel triennio al fine di soddisfare i bisogni di salute della popolazione con riferimento alle dimensioni ed alle aree strategiche precedentemente indicate.

L'azienda sanitaria mediante una analisi dello stato di salute del contesto esterno definisce le esigenze del proprio territorio e sulla base delle risorse disponibili definisce le linee strategiche prioritarie di intervento al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza. Le caratteristiche territoriali che maggiormente incidono sui bisogni di salute sono rappresentati dal progressivo incremento della speranza di vita attesa alla nascita registratasi negli ultimi anni, dal progressivo invecchiamento della popolazione, unitamente al calo della natalità, che determinano un maggior peso sul sistema sanitario e infine una elevata incidenza di patologie croniche, in particolare per quanto riguarda l'Ogliastra, delle malattie dell'apparato cardio-circolatorio, delle malattie oncologiche e delle malattie metaboliche.

L'individuazione degli obiettivi strategici è stata effettuata altresì sulla base del Piano Sanitario Nazionale e Regionale, dalle indicazioni operative del Dipartimento delle Funzioni Pubbliche in materia di PIAO, in particolare di quelle in materia di efficientamento energetico (circolare DFP 2/2022), del Piano Regionale della Prevenzione 2020/2025, delle Direttive di programmazione e rendicontazione per le Aziende Sanitarie approvate dalla Giunta Regionale, del Piano Regionale di Sviluppo (PRS) 2024 – 2029, approvato con DGR 4/13 del 22 gennaio 2025, ed infine del Piano Sanitario triennale 2025/2027 adottato dalla ASL Ogliastra e dell' Atto Aziendale della ASL Ogliastra. Un ultimo aspetto da considerare unitamente al contesto esterno, è anche il contesto interno e l'offerta di prestazioni e servizi offerti tenuto conto che è ancora in corso la ripresa dell'attività, a seguito di una drastica riduzione nel corso del 2020 e parte del 2021 a causa della pandemia covid.

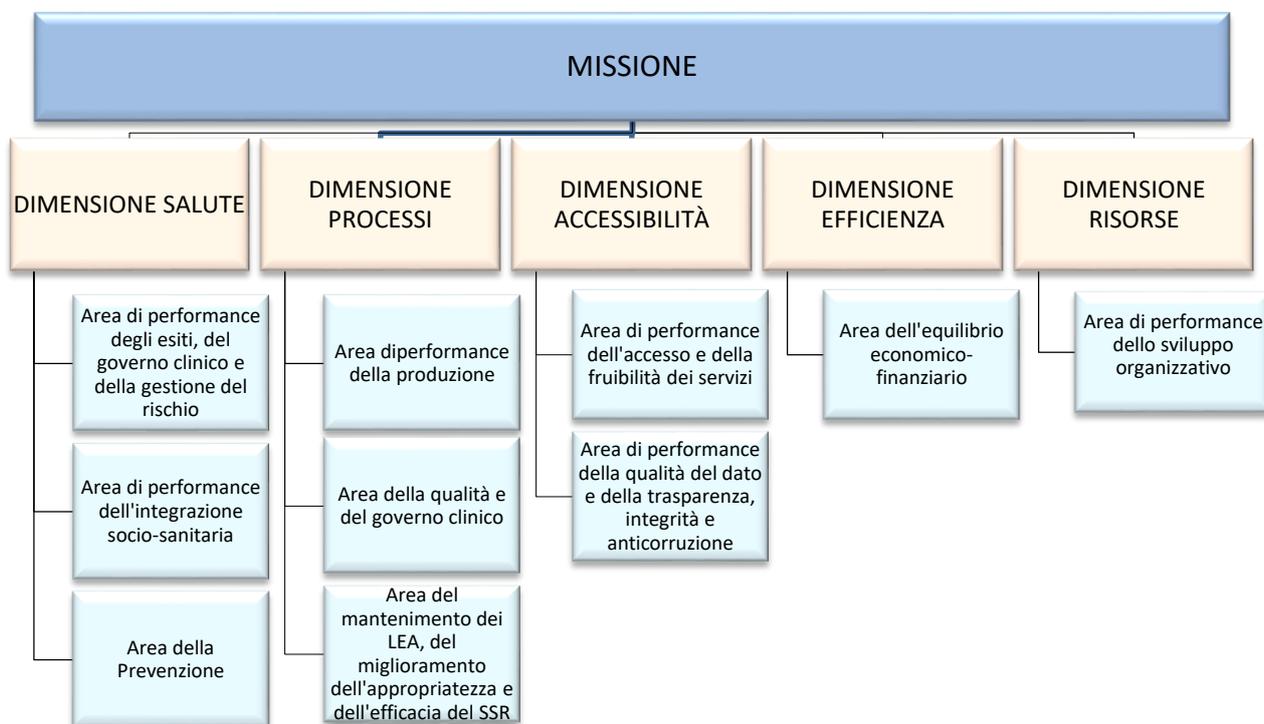
In merito al PRS 2024- 2029 come da DGR 4/13 2025, l'obiettivo principale è il rafforzamento del sistema sanitario regionale con interventi mirati all'accesso equo alle cure e al potenziamento della medicina territoriale con particolare attenzione:

- alla telemedicina;
- alla formazione continua del personale sanitario;
- sostenibilità del sistema sanitario;
- alla integrazione tra rete ospedaliera e servizi territoriali.

Ai fini della programmazione l'azienda ha diverse aree strategiche raggruppate in 5 dimensioni di performance riportate nel grafico seguente:



All'interno delle dimensioni è possibile individuare le seguenti aree strategiche:



### 2.2.1 DIMENSIONE DELLA SALUTE

In quest' ambito l'intento della Asl Ogliastro è di portare avanti i programmi previsti dal PRP 2020/2025 al fine di prevenire e contrastare i rischi sulla salute delle persone, degli animali e sugli ecosistemi ed in particolare di migliorare l'adesione alle campagne di screening per la prevenzione dei tumori, che rappresentano in Ogliastro la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema circolatorio.

È inoltre fondamentale proseguire e garantire la sorveglianza sanitaria attiva in relazione dell'evoluzione della diffusione della positività al SARS-CV-2 e gestire la fase di post emergenza.

L'attuale quadro epidemiologico emergente, caratterizzato da un aumento della popolazione anziana e dalla presenza di patologie croniche e degenerative, unitamente alla gestione del post pandemia covid, impongono una rimodulazione della rete dei servizi territoriali attraverso una rivalutazione delle sue componenti sanitaria e socio-sanitaria con la necessità di forme organizzative innovative di assistenza come le Case di Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (ODC), le Unità di Continuità Assistenziali) UCA, le Centrali Operative Territoriali ( COT) forme di assistenza orientate a potenziare l'assistenza territoriale evitando un ricorso non appropriato al pronto soccorso ed alle ospedalizzazioni.

L'Azienda è impegnata a realizzare sul suo territorio le Case di Comunità, nelle quali lavoreranno in modo integrato e multidisciplinare equipe di medici di MMG, PDLs, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti. Dovranno garantire presidio medico e assistenza infermieristica e altri servizi come il PUA, il servizio di

assistenza domiciliare come baricentro dell'assistenza territoriale, servizi diagnostici di base, così come l'integrazione con i servizi sociali.

L'Ospedale di Comunità dovrà svolgere una funzione intermedia tra le cure a domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette.

L'infermiere di famiglia o comunità è la figura professionale indicata come riferimento che assicura l'assistenza infermieristica a diversi livelli di complessità.

L'Unità di continuità assistenziale è composta da un medico e un infermiere ed è intesa come una équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di chi versa in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità

La Centrale operativa territoriale ha il compito di coordinare il sistema sopra descritto che disegna un modello di salute, di presa in carico del paziente, dei percorsi di cura fortemente integrato.

Alla Centrale Operativa Territoriale (COT) è affidato il compito di monitorare i pazienti affetti da patologie croniche e nello specifico i pazienti con Broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) inseriti nel progetto di telemedicina che la ASL Ogliastra già avviato nel 2024.

Fondamentale importanza riveste l'integrazione dell'assistenza ospedaliera e quella territoriale con l'individuazione di percorsi che favoriscano la continuità dei processi di cura come espressione della presa in carico globale della persona con modalità che assicurino equità dell'accesso ai servizi, appropriatezza e tempestività degli interventi così da assicurare al cittadino risposte idonee in tempi rapidi. Una valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso e la conseguente formulazione del Piano di Assistenza Individuale, prima della dimissione dall'ospedale, deve essere garantita a tutti i pazienti "fragili" così da assicurare le cure più appropriate a soddisfare i bisogni assistenziali, nel setting assistenziale più appropriato, sia esso il domicilio il potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate, sia presso strutture di riabilitazione a ciclo continuo o a ciclo diurno o RSA, nonché le strutture socio assistenziali per la non autosufficienza come le Comunità Integrate per Anziani.

Il potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio consente inoltre di ridurre un eccessivo e improprio ricorso al Pronto soccorso ed una riduzione dei ricoveri inappropriati.

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio sulla integrazione ospedale territorio:

- potenziamento delle Unità di valutazione ospedaliera (UVO), come articolazione delle unità di valutazione territoriale(UVT) al fine di assicurare ai pazienti fragili dimissioni protette appropriate;
- Attivazione di percorsi assistenziali integrati verso cui orientare il cittadino con patologie croniche.

L'Asl Ogliastra persegue nella sua programmazione la continuità dei percorsi di cura quale presa in carico globale dell'assistito ed integrazione socio-sanitari di tutti i momenti del percorso di assistenza da quella ospedaliera a quella territoriale. Il distretto quale articolazione aziendale è il luogo privilegiato di gestione e coordinamento della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali in collaborazione con gli enti locali, in particolare mediante i PLUS.

Un obiettivo prioritario è quello di migliorare l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera mediante un miglioramento degli indicatori del Piano Nazionale Esiti e degli indicati del Nuovo Sistema di Garanzia. Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- riduzione del tasso di ospedalizzazione riportandolo al valore uguale o inferiore a 160 per mille abitanti;
- migliorare gli indicatori del PNE e del Nuovo Sistema di Garanzia;
- conversione in regime diurno di alcune attività attualmente erogate in modo inappropriato in regime di ricovero ordinario e conversione di alcune attività attualmente erogate in regime diurno in prestazioni ambulatoriali;
- attivazione/potenziamento posti letto osservazione breve intensiva nel Pronto emergenza
- emergenza;
- attivazione/potenziamento posti letto di riabilitazione e di lungodegenza;
- attivazione ambulatorio per il trattamento del piede diabetico.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori nella dimensione salute.

DIMENSIONE DELLA SALUTE				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
			34%	screening cervicale: tasso di adesione reale >= 38%
Area della prevenzione	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(n. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	36%	screening colorettole: tasso di adesione reale >= 38%
			43%	screening mammografico >= 45%
Area della prevenzione	Mantenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da tubercolosi	Mantenimento della qualifica al 31.12	Qualifica raggiunta al 31.12	mantenimento della qualifica al 31.12
	Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia	Punteggio raggiunto per ciascuna area	nd	> 60
Area di performance della produzione	Miglioramento delle cure domiciliari per anziani > 65 anni	% anziani in ADI	15%	≥ 15% entro 2026
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento	Sviluppo di un modello di intervento integrato e multidisciplinare di MMG, PLS, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti, al quale l'assistito	Realizzazione della Casa della Comunità (CdC)		avvio nel triennio

DIMENSIONE DELLA SALUTE				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria			
	Potenziamento della Centrale Operativa Territoriale (COT), modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra i vari servizi o professionisti coinvolti	n. di pazienti presi in carico	243	300
	Potenziamento dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), equipe mobile, composta da un medico e un infermiere, che opera in collaborazione con gli MMG e PLS per la gestione ed il supporto della presa in carico di individui che presentano una condizione clinico-assistenziale di particolare complessità	Avvio dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA),		
	Rafforzamento del sistema assistenziale territoriale con l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e/o di Comunità	introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e/o di Comunità		avvio 2025
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	95%	> 75%
		% intervento per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2gg/N° interventi per frattura del femore*100	34%	≥ 70%
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Riduzione accessi al Pronto Soccorso con codice bianco e verde	Numero di accessi al PS con codice bianco e verde	7025 (proiezione anno 2024)	6500
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra ospedale e territorio per tutti i pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente per tutti i pazienti cronici con elevati	% di dimissioni protette	15%	≥ 10%

DIMENSIONE DELLA SALUTE				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
	bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato			
		Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	44	≤ 40 ogni 100.000 abitanti 20-74 anni
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire l'efficacia assistenziale per le patologie croniche	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100000 residenti 50-74 anni	134 ogni 100.000 abitanti 50-74 anni	≤ 110 ogni 100.000 abitanti 50-74 anni
		Tasso di ricoveri per BPCO 50-74 anni/popolazione 50-74 anni	75 ogni 100.000 abitanti 50-74 anni	≤ 50 ogni 100.000 abitanti 50-74 anni
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Monitoraggio infezioni respiratorie	infezioni correlate a polmoniti nosocomiali*1000	5,4*1000	< 10*1000

### 2.2.2 DIMENSIONE DEI PROCESSI

Sia la letteratura manageriale sia l'evoluzione del quadro normativo promuovono il cambiamento in direzione dell'organizzazione per "processi". Da diversi anni la mappatura dei processi svolti nelle amministrazioni è prevista per la definizione delle misure di contrasto alla corruzione, ma viene utilizzata anche ai fini del Piano della Performance come pure per rappresentare all'esterno e all'interno il complesso delle attività svolte.

Gli obiettivi strategici per il nuovo triennio 2025/2027 dovranno tenere conto del nuovo assetto organizzativo approvato con il nuovo atto aziendale.

Nell'ambito dell'area della sanità pubblica e della promozione della salute umana al fine di potenziare la sorveglianza epidemiologica e migliorare contesti e le condizioni di vita si rende necessario implementare l'adesione ai Sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento. È fondamentale inoltre assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) funzionale all'avvio del Registro Tumori regionale previsto dalla DGR 25/11 del 03/05/2016 e all'analisi delle principali cause di morte su cui concentrare l'attività di prevenzione.

Inoltre, per quanto riguarda la Sanità Pubblica Veterinaria, al fine di contrastare lo sviluppo di malattie infettive, dovrà potenziare il controllo della popolazione animale per la prevenzione della salute animale e umana, garantire il controllo ufficiale degli operatori del settore alimentare delle strutture che producono alimenti di origine animale e garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura.

Al fine di assicurare al cittadino dell'Ogliastra un uguale accesso alle cure con una risposta appropriata anche nelle patologie maggiormente complesse come urgenze cardiovascolari/infarto, traumatologica, ictus, neonatologica e punti nascita, oncologica, pediatrica, trapiantologica, emergenza e urgenza, terapia del dolore, malattie rare è necessario definire e sviluppare una "organizzazione a rete" intesa come un insieme di strutture legate fra loro da connessioni continue con una riconfigurazione dell'offerta in termini di tipologia di prestazioni, di volumi e di case-mix produttivi, oltre che di coordinamento tecnico-scientifico, ossia di condivisione di linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali con azioni che vedono necessariamente un raccordo interaziendale.

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- Avvio/consolidamento della organizzazione a rete con riconfigurazione dell'offerta in termini di tipologia di prestazioni, di volumi e di case-mix produttivi delle strutture interessate;
- Sviluppo e condivisione di linee guida, percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali;
- Accredimento istituzionale delle strutture inserite nelle reti.

La qualità e la sicurezza delle cure è garantita da alcuni adempimenti normativi quali ad esempio l'accredimento istituzionale "strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione" "per il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i livelli essenziali di assistenza" (Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le provincie autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accredimento", in attuazione dell'art.7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012).

Una ulteriore garanzia può essere data dalle attività di certificazione volontaria di parte terza di UUOO o percorsi ai sensi delle norme UNI EN ISO con particolare riferimento alla norma UNI EN ISO9001:2015.

È fondamentale inoltre sviluppare un sistema di gestione del rischio clinico, della sicurezza del paziente, di appropriatezza e di umanizzazione delle cure sulla base degli atti di indirizzo della regione.

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- attivazione del sistema aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico;
- implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)
- prosecuzione delle attività precedentemente avviate di certificazione volontaria di parte terza;
- realizzazione/partecipazione a programmi regionali o nazionali o attivazione di progetti in materia di appropriatezza e umanizzazione delle cure;
- assicurare percorsi specifici per le vittime di violenza di genere in tutti i punti di ingresso del sistema emergenza urgenza.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione dei processi:

DIMENSIONE DEI PROCESSI				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	100%	Rispetto del 100% dei target previsti nel triennio
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI e PASSI D'ARGENTO	N. interviste caricate in piattaforma/N. interviste target definite dall'ISS)*100	95%	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	99%	> 90%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	100%	≥ 90%
Area di performance della produzione	Anagrafe animale - controllo della popolazione animale per la prevenzione della salute animale ed umana: % aziende controllate per anagrafe zootecnica	Numero check list compilate e registrate e in BND in relazione ai controlli per gli allevamenti OVI-CAPRINI /numero check list programmate al livello regionale 37/37	100%	≥ 80%
Area di performance della produzione	Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive. Consolidare la sorveglianza TBC bovina, della Brucellosi OV-CP e la conduzione del Piano straordinario di eradicazione della peste suina Africana	Numero aziende suine controllate/Numero aziende suine controllabili da Piano Prevenzione*100	100%	≥ 80%
Area di performance della appropriatezza	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale	Numero di verifiche di efficacia eseguite sull'attività di controllo ufficiale / numero totale di verifiche programmate sull'attività di controllo ufficiale	100%	100%
Area di performance della produzione	Garantire l'applicazione del Piano Regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli	Numero di controlli ufficiali effettuati/Numero di controlli ufficiali programmati *100	100%	≥ 70%

DIMENSIONE DEI PROCESSI				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
	alimenti negli stabilimenti riconosciuti rev. 2018			
Area di performance della produzione	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	numero di interventi ispettivi in aziende edili (compreso amianto)/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale	100%	100%
		numero di interventi ispettivi in aziende agricole/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale /regionale	100%	100%
		numero di interventi ispettivi in aziende di altri comparti/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale/regionale	100%	100%
Area di performance della produzione	Garantire il controllo degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali	numero controlli effettuati/numero controlli programmati	100%	100%
Area di performance della produzione	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore degli alimenti e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema degli audit negli stabilimenti del settore lattiero caseario	Numero di controlli ufficiali effettuati/ Numero di controlli ufficiali programmati nei piani di attività dei servizi nel*100	100%	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Attivare Piano Mirato di Prevenzione (PMP) con l'attuazione dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020/2025 in ogni sede SPRESAL)	Numero di PMP attivati/numero PMP da attivare	100%	100%
Area della qualità e del governo clinico	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Attuazione del progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali	Elaborazione del progetto	Attuazione progetto

DIMENSIONE DEI PROCESSI				
AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM)	Attuazione e monitoraggio sulla attuazione del PDTA approvato nel 2022	Attuazione	Attuazione e monitoraggio
Area di performance della produzione	Garantire l'autosufficienza per la produzione di sacche di sangue	Produzione autonoma emocomponenti / Richiesta di emocomponenti x 100	100%	100%
Area di performance della produzione	Promozione della donazione di sangue sensibilizzando le associazioni sportive, le forze armate, le scuole	N. di raccolte extra programma	20	n. 24 annue
Area di performance della produzione	Promozione dell' incremento della quantità e qualità delle prestazioni ambulatoriali anche con particolare riferimento all'ambulatorio di ematologia	Produzione di plasma ad uso clinico - autosufficienza della produzione	0	Avvio produzione
Area del mantenimento dei LEA, del Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica		≥ 25%

### 2.2.3 DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA

L'azienda è orientata ad impostare la propria attività secondo i criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi. L'azienda inoltre si pone come obiettivo il rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018, limitatamente alle fasi di propria competenza.

L'azienda, al fine di contribuire al risparmio energetico ed all'uso razionale ed intelligente del gas e dell'energia, prevede, nel triennio 2025/2027, di monitorare la formazione e la sensibilizzazione di tutto il personale dipendente, in particolar modo il personale dirigente e chi ha la responsabilità di gestione degli impianti e degli acquisti. Il tema del risparmio energetico è stato ribadito inoltre nel nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti che saranno chiamati a partecipare attivamente alla riduzione ed al contenimento dei consumi impegnandosi quotidianamente per adottare dei comportamenti orientati all'efficienza energetica mediante un utilizzo intelligente e razionale dell'energia in raccordo anche con gli obiettivi del PNRR.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione dell'efficienza:

DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	perdita	Ricavi = costi
Area della gestione amministrativo-contabile	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	1. Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione il 14/11/2024	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2025
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art.1 comma 865 L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	n. 0 giornate di ritardo	N. 0 giornate di ritardo
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il controllo dei profili prescrittivi dei MMG, PLS e specialisti	Report bimestrale di monitoraggio del profilo prescrittivo dei MMG, PLS e specialisti con Z-score >1,5 per il controllo della spesa farmaceutica convenzionata	n. 3 report	N° 4 report di controllo della spesa farmaceutica convenzionata e convocazione degli specialisti con Z-score>1,5
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. N . errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1. 5 /5 2. ≤ 5%	1. 5 /5 2. ≤ 5%

#### 2.2.4 DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITÀ

L'azienda, in linea con la missione e con i principi su cui si fonda, intende implementare l'accessibilità sia fisica che digitale del cittadino, riconoscendone la centralità in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta, all'organizzazione dei servizi e allo sviluppo di un sistema di analisi del livello di soddisfazione.

L'Azienda garantisce, nel rispetto della normativa vigente, l'accessibilità alle informazioni concernenti l'organizzazione e la propria attività, allo scopo di favorire le forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e utilizzo delle risorse pubbliche, anche attraverso l'aggiornamento continuo del proprio sito istituzionale e la pubblicazione della Carta dei Servizi Sanitari e Sociosanitari. La trasparenza rappresenta inoltre un importante strumento di prevenzione e contrasto alla corruzione.

La tutela, l'informazione, l'accoglienza e la partecipazione devono essere garantite al cittadino attraverso l'Ufficio di pubblica tutela(UPT), l'Ufficio Relazioni con il Pubblico(URP), i Punti di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari (PASS previsti nel Presidio Ospedaliero e nel Distretto).

In linea con le direttive regionali in materia di abbattimento delle liste d'attesa, al fine di migliorare l'accesso ai servizi assistenziali, è necessario ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche nel rispetto dei tempi massimi definiti per ciascun codice di priorità. A questo fine è stato aggiornato il Piano attuativo Aziendale Gestione Liste d'Attesa.

L'azienda intende potenziare l'utilizzo di tecnologie innovative come la telemedicina che consente di offrire servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza.

L'Azienda proseguirà nella sensibilizzazione all'uso del FSE Fascicolo Sanitario Elettronico quale strumento attraverso il quale il cittadino, nel rispetto della normativa sulla privacy, può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari e che consente di usufruire comodamente da casa di alcuni servizi come il ritiro dei referti delle visite specialistiche e la scelta e revoca del medico.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione dell'accessibilità:

DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITA'				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	ND	85%
		Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	ND	95%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio $\geq 7$	Indice di gradimento medio $\geq 7$
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire la diminuzione del livello di rischio per episodi corruttivi nelle aree a rischio generale e specifico	Pubblicazione e aggiornamento in apposita sezione del sito internet istituzionale, dei criteri di formazione, delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa delle prestazioni erogate.		80%

DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITA'				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
		Garantire la rotazione del personale nei servizi/procedure/commissioni aziendali e medico legali a maggior rischio corruttivo		si
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Potenziare l'utilizzo di tecnologie innovative di telemedicina	Numero di utenti inseriti nel progetto telemedicina BPCO	10	300
		Attivazione progetto telemedicina cardiologica	non previsto	Attivazione progetto
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Implementare l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	pubblicizzazione delle funzionalità del FSE	Pubblicizzazione su sito aziendale	si
		Numero di documenti indicizzati sul FSE / numero di prestazioni erogate	0	70%

## 2.2.5 DIMENSIONE DELLE RISORSE

Le risorse umane costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo dell'azienda. Rappresenta, quindi, un obiettivo strategico dell'Azienda riconoscere e valorizzare adeguatamente le competenze e le professionalità dei propri collaboratori curandone l'aggiornamento e la formazione quali fattori fondamentali della crescita professionale attivando processi di innovazione tecnologica e cambiamento organizzativo. L'Azienda adotta metodi di reclutamento che si ispirano a criteri e strumenti di selezione meritocratici idonei ad identificare, oltre alle conoscenze teoriche, le capacità, le competenze trasversali e le attitudini dei candidati al ruolo e all'area professionale di destinazione. L'Azienda si impegna a garantire la tutela della sicurezza, della salute e del benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in modo attivo gli obblighi e i principi della normativa vigente.

Al contempo l'Azienda chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti.

Poiché il benessere e la soddisfazione dei dipendenti rivestono un ruolo molto importante nel successo di dell'Azienda si tratta di trovare un equilibrio tra obiettivi aziendali e la motivazione dei dipendenti al fine di incrementare la performance individuale, coinvolgendo il dipendente nei processi organizzativi dell'organizzazione (il collaboratore che si sente coinvolto negli obiettivi dell'azienda e ne condivide i valori è più produttivo) al fine di fidelizzare i propri dipendenti.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione delle risorse:

DIMENSIONE DELLE RISORSE				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Migliorare il benessere organizzativo aziendale	tasso di assenze	Tasso di assenza IV trim 2024	diminuzione
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Formazione in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro	Numero di corsi obbligatori effettuati/ n. corsi obbligatori programmati	80%	90%
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Formazione in materia di anticorruzione e trasparenza	n. dipendenti formati/n. totale dei dipendenti	7%	30%
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Estensione delle abilitazioni applicativo Syllabus	N.dipendenti abilitati/n. totale dipendenti	4%	100% primo anno
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Utilizzo/accesso applicativo Syllabus	N. dipendenti che utilizzano l'applicativo/n. dipendenti abilitati	0	40% primo anno 60% secondo anno 80% terzo anno
Attrazione e fidelizzazione del personale dipendente	Prosecuzione applicazione accordo sindacale benefit e incentivi	Erogazione benefit e incentivi previsti da accordo OO.SS.	Incentivi erogati su reparti previsti da accordo OO.SS	Erogazione di benefit e Incentivi previsti da accordo OO.SS

### 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sottosezione, ai sensi del D.M. n. 132/2022 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione”, è stata predisposta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, definiti dall’organo di indirizzo, come previsto dalla Legge n.190 del 2012, ad integrazione di quelli programmati in funzione della creazione di valore pubblico e con riferimento a quelli indicati nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) adottati da ANAC:

<https://www.anticorruzione.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-prevenzione-della-corruzione/piano-triennale-di-prevenzione-della-corruzione>

Si ricorda che il Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO ha durata triennale, con aggiornamento annuale e che si è proceduto ad indire istruttoria pubblica per l’acquisizione, anche dall’esterno, di proposte di adeguamento, modifica ed integrazione della Sotto-Sezione del PIAO relativa alla Prevenzione della Corruzione ed alla Trasparenza, garantendo anche per l’anno 2025 agli stakeholder, con un processo di trasparenza e di massimo coinvolgimento, il diritto di partecipazione attiva e di intervento per la trasmissione di osservazioni, di suggerimenti e di richieste di modifica.

## **Rappresentano figure principali della prevenzione della corruzione:**

La Direzione aziendale - assicura sostegno all'azione del Responsabile della prevenzione della corruzione ed in particolare, designa e supporta il R.P.C.T, adotta il PIAO ed i suoi aggiornamenti, 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.) ed inoltre garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento a quelli organizzativi.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) - entro il 31 gennaio di ogni anno elabora l'apposita sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione relativa alla prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dalla Direzione aziendale 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.

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; definisce le procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità ed inoltre 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; redige e pubblica sul sito web dell'Amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, la relazione recante i risultati dell'attività svolta e cura la trasmissione della stessa alla Direzione Generale dell'Amministrazione e all'Organizzazione Indipendente di Valutazione.

La suddetta relazione si basa anche sui rendiconti ricevuti dai dirigenti, relativamente alle misure poste in essere e sui risultati realizzati, in esecuzione del Piano stesso. 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.

I Dirigenti, i Direttori di Dipartimento/Servizio/ U.O. e tutti i responsabili di ufficio e titolari di incarico per l'area di competenza - osservano le misure contenute nella sezione prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012), partecipano al processo di gestione del rischio, monitoraggio delle disposizioni contenute nel PIAO, all'individuazione delle misure di contenimento del rischio e della corretta implementazione/attuazione delle misure e svolgono attività informativa nei confronti del RPCT.

Assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione, 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 ed inoltre 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);

L'Organismo Indipendente di valutazione (OIV) e il Collegio Sindacale - nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza partecipano al processo di gestione del rischio con riferimento alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013); esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001); propongono annualmente

eventuali modifiche e miglioramenti del PIAO e in particolare della sezione per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il Data Protection Officer – DPO – Il DPO è il responsabile della corretta gestione del trattamento dei dati personali in ottemperanza alle disposizioni del Regolamento UE (GDPR) n. 2016/679 e dei D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 di adeguamento del Codice in materia dei dati personali e alla luce del recente D.Lgs. n. 24 del 10/03/2023. L’Azienda ASL Ogliastra, con deliberazione del Direttore Generale n. 418 del 22/08/2024, ha designato come Data Protection Officer (DPO - Responsabile della Protezione Dati) in qualità di persona giuridica, la Società Karanoa S.r.l. con sede in Via Principessa Jolanda, 48, Sassari.

L’Ufficio procedimenti disciplinari - l’ASL Ogliastra con Deliberazione del Direttore Generale n. 266 del 4 luglio 2023, ha provveduto alla nomina dei componenti Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) ex art. 55 bis D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., e con Deliberazione del Direttore Generale n. 647 del 31 dicembre 2024 è stato adottato il Regolamento per i procedimenti disciplinari dell’Ufficio procedimenti disciplinari.

Il Responsabile della formazione - I Piani Nazionali Anticorruzione attribuiscono da sempre importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio.

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. All’uopo si precisa che devono intendersi sia i dipendenti dell’Azienda ASL Ogliastra con rapporto esclusivo e non esclusivo, sia il personale operante all’interno delle proprie strutture a qualunque titolo, compresi i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i tirocinanti 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 Ogliastra e comunque tutti i soggetti che a diverso titolo operano o accedono nella ASL Ogliastra;

Poiché la prevenzione della corruzione è un’azione collettiva tutti i soggetti sopracitati sono tenuti, a tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato, ad osservare le misure contenute nel PIAO, Sez. Rischi corruttivi e trasparenza, a partecipare al processo di gestione del rischio e 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.

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 è stata disposta dalla ASL Ogliastra, ai sensi dell’art. 33 ter del decreto legge n. 179/2012 convertito in L. n. 221/2012, con Deliberazione del Direttore Generale ASL Ogliastra n. 418 del 27/10/2023.

### **2.3.1 Valutazione del rischio**

Si premette che dalla istituzione della ASL n. 4 Ogliastra ad oggi, non si sono verificati eventi corruttivi ma sono intervenuti importanti cambiamenti collegati all’attuazione dell’Atto aziendale con la istituzione e realizzazione di dipartimenti e di strutture semplici/complesse.

La valutazione del rischio come da allegato 1 sarà articolata in tre fasi:

1. identificazione;
2. analisi;

### 3. ponderazione.

L'identificazione del rischio (o meglio degli eventi rischiosi) ha come obiettivo l'individuazione di comportamenti o fatti, anche solo ipotetici, tramite cui può concretizzarsi il fenomeno corruttivo. Pertanto, il coinvolgimento attivo dei responsabili delle articolazioni organizzative titolari del processo è fondamentale in quanto i responsabili delle strutture, avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

Si ricorda che nel corso dell'anno 2023 e 2024 è stato assegnato ad alcuni dirigenti di struttura, come obiettivo di budget la mappatura di almeno un processo attinente alle proprie funzioni compresi nelle aree a rischio maggiormente significative, ciò si ritiene opportuno proporlo anche per l'anno 2025 in relazione agli adempimenti legati all'attuazione del PNRR.

#### **2.3.2 Trattamento del rischio**

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare le misure correttive più idonee a contrastare i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Non ci si dovrà limitare a proporre misure astratte ma dovranno essere previste misure specifiche e puntuali da realizzarsi entro scadenze precise e ragionevoli, definite sulla base delle priorità rilevate e delle risorse effettivamente disponibili.

Pertanto, particolare attenzione sarà dedicata all'individuazione di misure adeguatamente programmate, con definizione di precise responsabilità, scadenze temporali, verificabilità dell'effettiva attuazione e della loro efficacia.

La proposta di misure di contrasto del rischio non sarà compito esclusivo del RPCT ma sarà piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto a conoscenza più di ogni altro dei processi e delle attività del proprio ufficio, è il soggetto più idoneo ad individuare misure incisive volte a prevenire rischi specifici.

Le misure che l'Azienda intende mettere in campo al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne delle ulteriori fino a completa attivazione del proprio Atto Aziendale approvato definitivamente con la delibera del Direttore Generale n. 27 del 06/02/2023, sono:

- rotazione del personale;
- ottemperanza del codice di comportamento;
- gestione del conflitto di interessi;
- osservanza delle disposizioni in materia di formazione delle commissioni / assegnazioni agli uffici, incompatibilità/inconferibilità incarichi, attività ed incarichi extraistituzionali, pantouflage;
- patto d'integrità negli affidamenti;
- formazione dei dipendenti, specialmente del personale che opera in attività più esposte al rischio di corruzione;
- gestione e monitoraggio del sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito;
- programma di trasparenza.

#### **Rotazione del personale**

Una misura fondamentale, tra le misure di prevenzione della corruzione prevista dalla Legge 190/2012, è la rotazione del personale e in particolare di quello addetto alle aree più a rischio.

La rotazione del personale, oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici, in quanto favorisce l'acquisizione di competenze di carattere trasversale e professionalità finalizzate al conseguimento delle finalità istituzionali, è altresì prevista dalla legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della

corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (art. 1, co 4, lett. e); comma 5, lett. b); comma 10, lett. 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, co 1, le\_ l 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 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 e comunque va precisato che sui criteri generali di rotazione deve esser data informazione alle organizzazioni sindacali in modo di consentire loro di presentare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti apertura di fasi di negoziazione in materia (Delib. ANAC n. 13/2015).

### **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:

- applicazione della doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- audit dipartimentali incrociati sulle attività svolte;
- composizione delle Commissioni con criteri di rotazione casuale;
- individuazione di uno o più soggetti estranei all'ufficio di competenza, anche con funzioni di segretario verbalizzante, in aggiunta a coloro che assumono decisioni nell'ambito di procedure di gara;

- separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni ispettive;
- verbali relativi ai sopralluoghi sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico.

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'interscambiabilità.

#### **Rotazione ordinaria del personale Dirigenziale**

La rotazione dei dirigenti, per quanto riguarda le UOC, avverrà a livello intra dipartimentale, in modo da evitare potenziali criticità riconducibili allo svolgimento di attività troppo distanti o scarsamente affini rispetto a quelle precedentemente svolte e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio. I Dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva di collaborazione e di accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento.

#### **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 nelle attività ed a possibili interferenze con la rotazione del personale dirigenziale. La rotazione si attua compatibilmente con le esigenze organizzative, le risorse disponibili e le attitudini specifiche richieste, seguendo una programmazione che tiene conto dell'esigenza di salvaguardare il buon andamento e la continuità dell'azione, al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e negli atti di competenza propria dell'Azienda. La rotazione del personale è attuata e monitorata dal Direttore Responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente.

#### **Rotazione straordinaria del personale**

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

Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto. L'ASL provvederà caso per caso, motivando adeguatamente sulla durata della misura.

La rotazione straordinaria "anticipa" la fase di avvio del procedimento penale 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.

### **Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL Ogliastra n. 4 di Lanusei**

Uno degli strumenti fondamentali nell'ambito delle misure di prevenzione della corruzione è rappresentato dal Codice di Comportamento, in quanto finalizzato a disciplinare i comportamenti del personale dipendente e non solo.

Il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62), poi aggiornato dal DPR 13/06/2023 n. 81, definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare.

In ottemperanza ai DPR su richiamati, alle Linee Guida ANAC e tenendo conto delle peculiarità derivanti dai fini istituzionali cui è preordinata l'attività dell'Azienda socio-sanitaria locale n.4 Ogliastra, l'Azienda ha provveduto con Deliberazione del Direttore Generale n. 304 del 02/08/2023 ad adottare il proprio codice di comportamento aziendale che disciplina i seguenti ambiti:

- Regali compensi e altre utilità
- Partecipazione ad associazioni e organizzazioni
- Comunicazione degli interessi finanziari, conflitto di interesse e obbligo di astensione
- Prevenzione della corruzione e tutela del Dipendente che segnala illeciti
- Trasparenza e tracciabilità
- Comportamento nei rapporti privati
- Comportamento in servizio
- Rapporti con il pubblico
- Divieto di discriminazione e promozione delle pari opportunità e di trattamento tra donne e uomini in tutte le attività aziendali
- Corretto utilizzo delle risorse e comportamenti eco- responsabili
- Corretto utilizzo degli strumenti Web
- Protezione dati personali
- Disposizioni particolari per i Dirigenti
- Esercizio dell'attività libero professionale e gestione delle liste d'attesa
- Contratti ed altri atti negoziali
- Rapporti con Società farmaceutiche
- Vigilanza, monitoraggio e attività formative
- Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice

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

### **Gestione del conflitto di interesse**

Altro strumento efficace per evitare fenomeni corruttivi è l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. Il rischio che si verificano casi in cui l'interesse personale del dipendente confligga con l'interesse pubblico che lo stesso deve raggiungere impone una corretta gestione del conflitto, a prescindere dal verificarsi o meno di una condotta illegittima.

A tal fine è necessario tenere comportamenti che diano massima prova di trasparenza, imparzialità, e non lasciano dubbi sulla assenza di influenze esterne ed interferenze con i propri interessi personali.

Il dipendente, infatti, si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di convivente, di parenti e affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Possibili situazioni di conflitto di interesse si possono creare quando, fra il dipendente ed i soggetti interessati dalle attività aziendali, sussistono:

legami di parentela o affinità sino al secondo grado;

legami stabili di amicizia e/o di abituale frequentazione;

legami professionali;

legami di diversa natura capaci di incidere negativamente sull'imparzialità dei dipendenti.

Il Responsabile del procedimento ed il dirigente dell'UOC competente ad adottare atti o provvedimenti, nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale, hanno l'obbligo di astensione, così come tutti i dipendenti che svolgano la propria attività nei processi aziendali a maggior rischio di corruzione. I medesimi soggetti hanno il dovere di segnalazione della possibile situazione di conflitto.

La segnalazione del conflitto, anche potenziale, deve essere indirizzata dal dipendente al proprio Responsabile diretto il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere il principio di imparzialità.

Il Responsabile, destinatario della segnalazione, deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile affiderà l'attività ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Il Responsabile, a fronte di segnalazione di conflitto di interesse e di conseguente astensione del dipendente, vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente che si astiene.

Nel caso in cui l'obbligo di astensione riguardi il Dirigente Responsabile, la valutazione delle iniziative da assumere sarà effettuata rispettivamente dal Responsabile gerarchicamente superiore.

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

#### Conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici

Si precisa che, in relazione al conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici, l'ANAC con Deliberazione numero 291 del 20 giugno 2023 ha fornito indicazioni circa l'adozione di misure di prevenzione di situazioni di conflitto di interessi nell'ambito dei contratti pubblici.

In particolare l'art.16 del D.Lgs. n 36 del 31 marzo 2023 (nuovo Codice dei contratti pubblici) prevede che "il personale che 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 (Comma 1) .....ne dà comunicazione alla stazione appaltante o all'ente concedente e si astiene dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione" (Comma 3).

I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione, devono rendere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000. La dichiarazione, resa per quanto a conoscenza del soggetto interessato, ha ad oggetto ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza. La dichiarazione è rilasciata al responsabile del procedimento. Il RUP rilascia la dichiarazione sui conflitti di interesse al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico.

Al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato. L'amministrazione provvede al protocollo, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura.

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

I soggetti coinvolti nelle procedure di gestione del contratto pubblico sono tenuti a comunicare immediatamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP il conflitto di interesse che sia insorto successivamente alla dichiarazione. Il RUP rende la dichiarazione al soggetto che l'ha nominato e al proprio superiore gerarchico. La comunicazione è resa per iscritto e protocollata per acquisire certezza in ordine alla data. L'omissione delle dichiarazioni di cui sopra integra, per i dipendenti pubblici, un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile ai sensi dell'art. 16 del DPR 16 aprile 2013, n. 62.

La sussistenza di un conflitto di interesse relativamente ad una procedura di gestione di un contratto pubblico comporta il dovere di astensione dalla partecipazione alla procedura. La partecipazione alla procedura da parte del soggetto che versi in una situazione di conflitto di interessi comporta l'insorgere delle

responsabilità, penali, amministrative e disciplinari, individuate all'art. 42, comma 3, del Codice dei contratti pubblici.

Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o comunque accertata realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato. La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del DPR n. 62/2013. In particolare, occorre valutare se la causa di astensione sia grave e metta in pericolo l'adempimento dei doveri di integrità, indipendenza e imparzialità del dipendente, considerando, altresì, il pregiudizio che potrebbe derivare al decoro e al prestigio dell'amministrazione di appartenenza. La stazione appaltante deve valutare tutte le circostanze del caso concreto, tenendo conto della propria organizzazione, della specifica procedura espletata nel caso di specie, dei compiti e delle funzioni svolte dal dipendente e degli interessi personali dello stesso. Nel caso in cui il soggetto responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o nel caso di dirigente, il titolare del potere sostitutivo, accerti la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, lo stesso affida il procedimento ad un diverso funzionario dell'amministrazione oppure, in carenza di idonee figure professionali, lo avoca a sé stesso.

Tenuto conto della natura e dell'entità del conflitto di interesse, del ruolo svolto dal dipendente nell'ambito della specifica procedura e degli adempimenti posti a suo carico, si possono adottare ulteriori misure che possono consistere:

nell'adozione di cautele aggiuntive rispetto a quelle ordinarie in materia di controlli, comunicazione, pubblicità;

nell'intervento di altri soggetti con funzione di supervisione e controllo;

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

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

Per quanto riguarda l'esclusione dalla gara del concorrente si fa riferimento a quanto previsto dalle Linee guida dell'ANAC n. 15/2019. Tra le misure atte a prevenire il rischio di interferenza, particolare attenzione deve essere dedicata al rispetto degli obblighi di dichiarazione, di comunicazione e di astensione che dovranno essere rese in ogni procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni.

#### **Nuovo art. 35 bis D.Lgs 165/2001 - disposizioni in materia di formazione delle commissioni / assegnazioni agli uffici**

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

"1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari”.

Misure da attuare:

Con riferimento alla formazione di commissioni e all' assegnazione agli uffici di cui all'art. 35 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001, l'Azienda procederà all'acquisizione a cura del Responsabile del Procedimento/Direttore di struttura di apposite dichiarazioni, ai sensi del DPR n. 445/2000, di assenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale.

Il Responsabile del procedimento/Direttore di struttura che ha acquisito le dichiarazioni provvederà, anche con la collaborazione degli uffici preposti, alla messa in atto degli opportuni controlli finalizzati a verificare la veridicità di quanto dichiarato e provvederà a trasmettere relazione periodica inerente la messa in atto della misura di prevenzione con l'indicazione del numero di dichiarazioni acquisite, del numero di dichiarazioni per le quali sono stati richiesti i controlli e con l'indicazione delle determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo.

### **Incompatibilità/Inconferibilità incarichi**

A seguito delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni introdotte dalla Legge 190/2012, sulla base della quale è stato emanato il Decreto Legislativo n. 39/2013, l'Azienda si attiva per conformarsi ai relativi disposti assumendo a riferimento anche la delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario” e la delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 “Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili”.

Ai sensi dell'art. 1 del d.lgs. n. 39/2013, comma 1, lett. g), l'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico . Si ricorda che l'obbligo suddetto, previsto dall'art.20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

Ai sensi dell'art. 1 del d.lgs. n. 39/2013, comma 1, lett. h), l'incompatibilità, comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato

regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico .

L'Azienda applica le seguenti misure di prevenzione:

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

Le dichiarazioni di cui sopra, dovranno essere pubblicate sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", in base a quanto previsto dall'art. 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39, previa trasmissione al RPCT per la verifica.

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

In attesa di adottare un proprio Regolamento l'ASL Ogliastra, ha recepito il "Regolamento unico per la gestione del personale" a cui si fa riferimento in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. dell'ATS Sardegna (Deliberazione D.G. n. 1325 del 28/12/2017).

Il Regolamento detta i criteri oggettivi e predeterminati, tali da escludere casi d'incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di attività/incarichi extraistituzionali del personale dipendente che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e non siano compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio.

L'ASL Ogliastra con Deliberazione del direttore generale n. 569 del 29/12/2023 ha proceduto all'adozione del Regolamento per l'autorizzazione preventiva/obbligatoria allo svolgimento di attività professionale esterna per il personale del comparto - ruolo sanitario - Area professionisti della salute e funzionari (ex categoria D).

### **Divieti post-employment (Pantouflage)**

Il Piano nazionale anticorruzione approvato da ANAC il 6 dicembre 2022 ha dato particolare evidenza al "Divieto di pantouflage", già previsto all'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs.n.165/2001.

Tale divieto riguarda i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto delle amministrazioni pubbliche, di svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione attraverso i medesimi poteri.

Al fine di assicurare tale misura di prevenzione l'Asl Ogliastra attua le seguenti misure:

inserimento clausola "pantouflage" nei contratti di assunzione e di conferimento incarichi di tutto il personale, assunto sia a tempo indeterminato che a tempo determinato;

consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa (secondo il fac-simile sotto riportato), con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa.

all'interno dei bandi di gara e negli atti prodromici all'affidamento di appalti è prevista tale condizione tra i requisiti di partecipazione.

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.

Il RPCT, qualora venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, segnala detta violazione ai vertici della Asl ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l’ex dipendente.

I contratti di lavoro e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l’obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti.

### **Patto di Integrità negli affidamenti**

Ai sensi dell'art.1 comma 17 della Legge 190/2012, le Amministrazioni possono utilizzare, tra le misure di prevenzione della corruzione 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.

Nelle more della predisposizione di un Patto d’Integrità da parte dell’Azienda, si provvederà anche in questo caso a recepire il Patto di Integrità di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ATS Sardegna n. 437 del 04/06/2019.

### **Formazione dei dipendenti**

Al fine di contribuire allo sviluppo della cultura di genere della P.A., le amministrazioni pubbliche devono curare la formazione e l'aggiornamento del personale, ivi compreso quello con qualifiche dirigenziali. La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno dell’Azienda, rappresentano un importante strumento che può favorire lo sviluppo di una cultura della legalità.

Per l’anno 2024 la ASL Ogliastra ha pianificato l’attività formativa con i seguenti corsi:

- FAD asincrona “ANTICORRUZIONE TRASPARENZA” Responsabile scientifico dott. Farina Massimo - destinata a tutti i dipendenti (n. ore 16);
- FAD asincrona “PROTEZIONE DEI DATI E PRIVACY” Responsabile scientifico dott. Farina Massimo destinata a tutti i dipendenti (n. ore 16).
- Da marzo 2024 a giugno 2024 un ristretto numero di dipendenti ha seguito con profitto il corso di formazione, gratuito, ValorePA di 40 ore dal titolo, “Il metodo di scrittura dell’Atto amministrativo: principi generali e consigli pratici “.

Nel mese di maggio 2024 un ristretto numero di dipendenti è stato autorizzato a partecipare al webinar “ I nuovi obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza amministrativa alla luce dei PNA 2022 e 2023 e delle ulteriori delibere ANAC”.

È intendimento della ASL Ogliastra, per l’anno 2025, portare avanti una formazione specifica, rivolta a categorie determinate di dipendenti, con approfondimenti sui temi:

- conflitto di interessi
- responsabilità amministrativa
- integrazione/approfondimento mappatura del rischio di tutte le strutture aziendali
- obblighi di pubblicità e trasparenza.

Anche per l’anno 2025 l’ASL Ogliastra aderisce alla piattaforma e-learning “SILLABUS”: nuove competenze per le pubbliche amministrazioni” ove è possibile registrare i dipendenti da formare sulle competenze digitali e non solo.

### **Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing)**

Il whistleblower è chi testimonia un illecito o un’irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o un’autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Le segnalazioni possono riguardare illeciti penali, civili, amministrativi o contabili, così come le violazioni di normative comunitarie.

L’art. 1, comma 51, della legge 190/2012 ha inserito un nuovo articolo, il 54-bis, nell’ambito del d.lgs. 165/2001, “tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti”, c.d. “whistleblower” in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura finalizzata a favorire l’emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come whistleblowing

Il citato art 54-bis è stato di seguito modificato dalla Legge n.179 del 30 novembre 2017, che è stata superata a sua volta dalla legge di trasposizione della Direttiva Europea in materia di whistleblowing (n.1937/2019) attraverso il Decreto Legislativo n.24/2023.

La nuova normativa prevede oneri in capo alle organizzazioni pubbliche e private ed in particolare che tutti gli enti pubblici devono prevedere procedure interne per la gestione delle segnalazioni; lo stesso obbligo è in carico ai soggetti del settore privato che hanno un modello organizzativo ex D.Lgs. n.231/2001 ed a tutte le organizzazioni private con almeno 50 dipendenti

L’ASL Ogliastra ha messo a disposizione a decorrere da dicembre 2022 una piattaforma informatica crittografata, fornita da Transparency International Italia e Whistleblowing Solutions attraverso il progetto WhistleblowingIT. Questo strumento garantisce, da un punto di vista tecnologico, la riservatezza della persona segnalante, dei soggetti menzionati nella segnalazione e del contenuto della stessa. L’indirizzo web della Asl n. 4 Ogliastra per raggiungere la suddetta piattaforma e formulare le segnalazioni è il seguente: <https://aslogliastra.whistleblowing.it/#/>

L’ ASL n. 4 Ogliastra inoltre, con deliberazione del Direttore Generale n 580 del 26 novembre 2024 ha approvato ed adottato il regolamento sulla gestione delle segnalazioni/wistleblowing. Il Regolamento ha l’obiettivo di fornire al segnalante (whistleblower) chiare indicazioni circa l’oggetto, il contenuto, i destinatari e le modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché le forme di tutela offerte dal nostro ordinamento ed è consultabile sulla HOME PAGE della ASL Ogliastra al link:

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

### 2.3.3 Il Programma di Trasparenza

La trasparenza è il mezzo attraverso cui prevenire ed eventualmente scoprire situazioni che possono nascondere illeciti e/o conflitti di interesse. La legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione. L’ASL n. 4 Ogliastro, tenuto conto dell’atto aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 27 del 06/02/2023 , del funzionigramma approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 538 del 31/10/2024 , delle disposizioni normative vigenti ed in particolare, della Legge 6 novembre 2012 n. 190, del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e del D.lgs. 25/05/2016 n. 97, ha predisposto nel PIAO 2025-2027, nella sezione anticorruzione, l’Allegato 3 “Obblighi di pubblicazione” e l’Allegato 3 bis “Obblighi amministrazione trasparente” Delibera ANAC 264 del 20/06/2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023 “ATTI E DOCUMENTI DA PUBBLICARE IN “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE” SOTTOSEZIONE “BANDI DI GARA E CONTRATTI”” nella quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l’individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati sul sito istituzionale aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Con l’avvio della piena digitalizzazione dei contratti pubblici, che ha acquisito piena efficacia dal 1° gennaio 2024, ci sono state delle importanti novità relative alla trasparenza e agli obblighi di pubblicazione di dati, atti e informazioni, di cui alla delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023, che aggiorna ed integra la delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023.

La delibera individua gli atti, le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza, ai fini e per gli effetti dell’art. 37 del decreto trasparenza e dell’art. 28 del codice dei contratti pubblici n. 36/2023. Gli obblighi di comunicazione e di pubblicazione si applicano a tutte le stazioni appaltanti e agli enti concedenti che rientrano nell’ambito soggettivo di applicazione del decreto trasparenza. Per le procedure avviate dal 1° gennaio 2024, per assolvere gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici le stazioni appaltanti e gli enti concedenti devono comunicare tempestivamente alla BDNCP (banca dati nazionale dei contratti pubblici) tutti i dati e le informazioni di cui all’art. 23 del codice. La trasmissione dei dati alla Banca Dati è assicurata dalle piattaforme di approvvigionamento digitale e, ai fini della trasparenza, fanno fede i dati trasmessi alla BDNCP per il tramite della PCP (piattaforma contratti pubblici).

La ASL Ogliastro ha provveduto ad inserire sul proprio sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente":

un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP, secondo le regole tecniche di cui al provvedimento adottato da ANAC;

gli atti, i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP e che sono di pubblicazione obbligatoria come individuati nell'Allegato I della stessa delibera.

Attraverso la pubblicazione on line si offre la possibilità ai portatori di interesse (stakeholder) di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolare la partecipazione e il coinvolgimento, sia l’andamento delle performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

La trasparenza è altresì strettamente collegata alle performance, la verifica periodica della pubblicazione dei dati e documenti, effettuata in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l’Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholder. Il programma della trasparenza deve pertanto porsi in relazione al ciclo di gestione delle performance e deve consentire la piena conoscibilità dello suo stato di attuazione. Ogni struttura aziendale, complessa o semplice deve curare la tempestiva trasmissione delle informazioni ed è

responsabilità dei direttori/responsabili affinché le informazioni sul sito siano sempre costantemente aggiornate.

Si evidenzia che dalla nascita dell'ASL Ogliastra il sito web istituzionale, albo pretorio e sezione amministrazione trasparente, è in continua evoluzione come risulta dalle relazioni annuali del RPCT e dal monitoraggio, a cura dell'OIV, sugli adempimenti degli obblighi di pubblicazione.

Sono possibili tre diversi accessi agli atti, ai dati e alle informazioni detenute dall'azienda:

accesso civico (con la richiesta di pubblicazione obbligatoria dei dati sul sito Amministrazione trasparente, qualora questi non fossero già presenti);

accesso documentale (secondo la legge 241 del 1990);

accesso generalizzato (secondo il d.lgs. 97/2016) che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico, prevedendo che chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle PA, nel rispetto dei limiti di tutela giuridicamente rilevanti.

Accesso civico semplice e accesso civico generalizzato dei contratti pubblici - In caso di mancata pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" della stazione appaltante e dell'ente concedente, si applica la disciplina sull'accesso civico semplice di cui all'articolo 5, comma 1, del Decreto Trasparenza; qualora sia stata omessa la pubblicazione nella BDNCP, la richiesta di accesso civico va presentata al RPCT della stazione appaltante/ente concedente per verificare le responsabilità sull'omissione; se si appura che la stazione appaltante/ente concedente ha effettivamente trasmesso i dati alla BDNCP per il tramite della PCP, la richiesta di accesso va presentata al RPCT di ANAC, in qualità di amministrazione titolare della BDNCP. I RUP ciascuno per la parte di competenza sono responsabili della elaborazione, della trasmissione e/o pubblicazione dei dati, atti e informazioni alla BDNCP o da pubblicare solamente in "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

### **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.

### **Relazione del RPCT**

Entro il 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza provvede a redigere una relazione (su schema ANAC) diretta a riepilogare l'attività svolta e di risultati conseguiti.

L'Azienda ASL Ogliastra, come previsto dall'art. 1 comma 14 della L.190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione, ha provveduto a pubblicare sul sito istituzionale - nell'apposita sotto-sezione "Altri contenuti - Prevenzione della corruzione" - la suindicata Relazione Annuale e conseguentemente, ha disposto la trasmissione del report all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e al Direttore Generale.

## **SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **3.1 Struttura organizzativa**

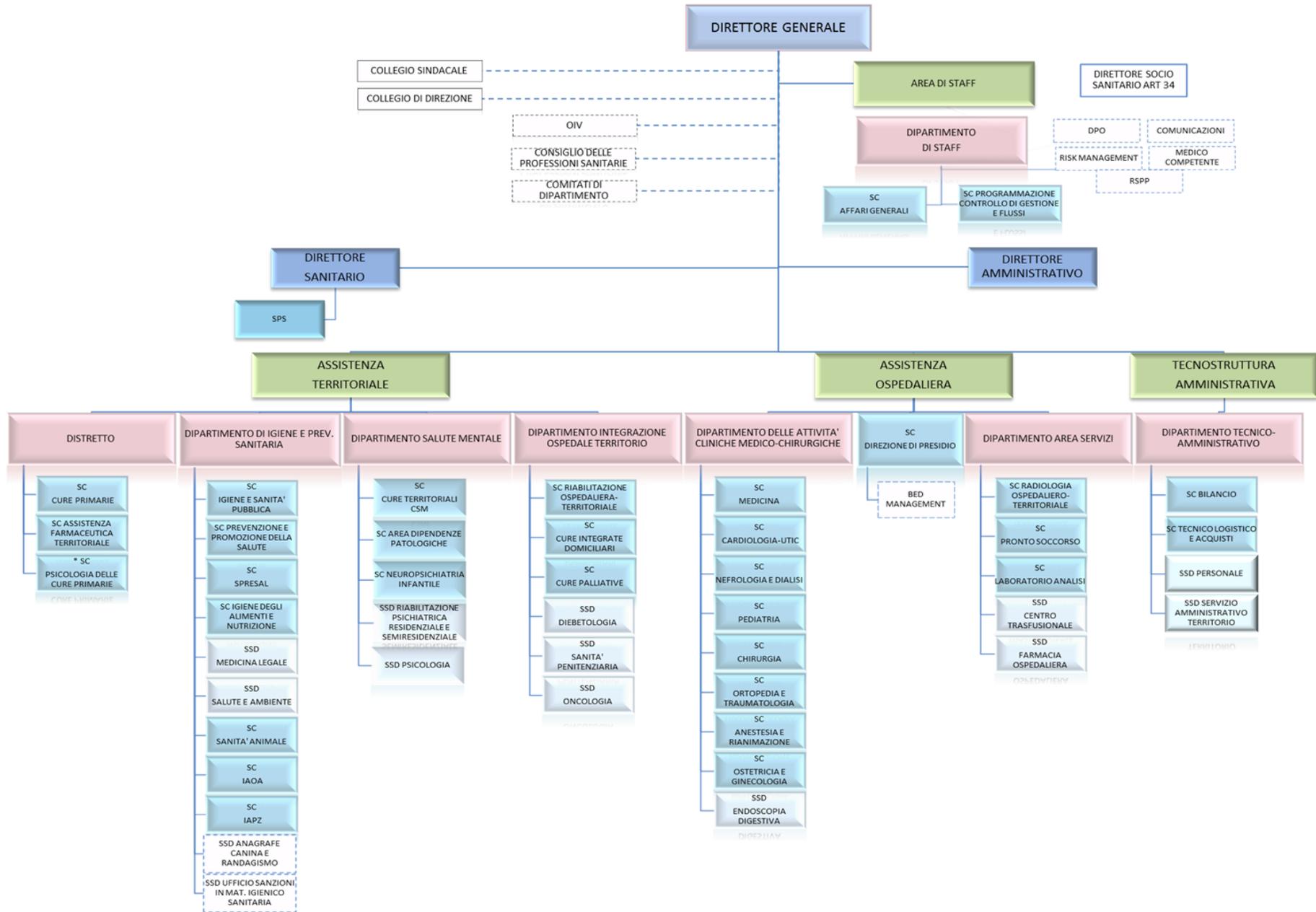
L'atto aziendale della ASL Ogliastra approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 27 del 06/02/2023 dichiarato conforme dalla DGR n. 3/39 del 27/01/2023.

L'atto aziendale definisce il modello organizzativo dell'Azienda e le linee strategiche generali nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dei servizi offerti. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale, disciplina l'organizzazione dell'ASL secondo il modello dipartimentale.

Il modello organizzativo della ASL Ogliastra prevede la seguente struttura organizzativa e le seguenti macro articolazioni al cui interno si articolano le strutture:

- la Direzione strategica – rappresentata dalla direzione generale (Direttore Generale – Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- l'area di Staff che garantisce il supporto alla Direzione strategica nelle attività e nei processi istituzionali e comprende il Direttore dei servizi socio sanitari;
- la tecnostruttura amministrativa che garantisce il supporto alla Direzione strategica, in raccordo con lo staff, nei processi tecnico-amministrativi strumentali alle strutture organizzative dell'Azienda;
- l'organizzazione sanitaria per l'erogazione dell'assistenza che garantisce i livelli di assistenza collettiva, territoriale ed ospedaliera e le relative attività legate all'assistenza sanitaria come l'assistenza farmaceutica, la sanità penitenziaria, il servizio di prevenzione e protezione, il rischio clinico e la clinical governance.

Si riporta di seguito il modello organizzativo della ASL Ogliastra:



### 3.2 Organizzazione del lavoro agile

Il presente piano recepisce quanto disposto dal D.L. n. 34/2020 e ss.mm.ii. e dalle Linee Guida sul Pola pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento funzione pubblica, nel dicembre 2020.

Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore, basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino". Ciò a significare la collaborazione tra l'ASL Ogliastra e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione e fissati in questo Piano.

Il lavoro agile è una particolare modalità di svolgimento del contratto di lavoro in base alla quale il dipendente è libero di prestare servizio in parte nei locali aziendali e in parte fuori di essi, anche lavorando su cicli e obiettivi. Deve intendersi la possibilità di lavorare in un luogo che non sia necessariamente l'azienda, ed in **orari flessibili** che non siano per forza quelli "di ufficio". Il concetto di smart working, infatti, si lega più che al luogo ed agli orari di lavoro al raggiungimento di determinati **risultati**, indipendentemente da quando e dove si lavora per raggiungerli. Potrà, dunque, dirsi addio alla classica postazione fissa in **ufficio** per le "canoniche" otto ore lavorative: il dipendente, infatti, potrà svolgere le proprie mansioni in qualsiasi luogo, anche da casa o in altro ufficio decentrato rispetto all'Azienda.

la Direttiva Ministeriale del 29 dicembre 2023, superando la contingenza pandemica e la necessità di proroghe applicative ad hoc, estende ai lavoratori cosiddetti "fragili" ossia con gravi situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile. Nell'ambito dell'organizzazione di ciascuna amministrazione sarà, pertanto, il dirigente responsabile a individuare le misure organizzative che si rendono necessarie, attraverso la stipula di accordi individuali.

L'amministrazione può riconoscere delle priorità nell'accoglimento delle richieste, secondo quanto stabilito dal Decreto Conciliazione vita – lavoro nei seguenti casi: genitori con figli di età pari o inferiore a 12 anni, genitori con figli disabili senza alcun limite di età.

Il lavoro da remoto sarà possibile solo attraverso la stipula di accordo individuale tra l'azienda e il lavoratore o una rappresentanza sindacale. A tal fine datore di lavoro e lavoratore dovranno sottoscrivere un apposito accordo scritto col quale stabiliscono che la prestazione lavorativa venga resa, a tempo determinato o indeterminato o, ancora, con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi:

- in parte all'esterno dei locali aziendali;
- senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro;
- con l'eventuale utilizzo di strumenti tecnologici.

Nell'accordo, si regolamentano le modalità di svolgimento del rapporto di lavoro, ed in particolare:

- le forme di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro;
- i tempi di riposo del lavoratore;
- gli strumenti utilizzati dal lavoratore e le misure tecniche ed organizzative necessarie per assicurare la sua disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- quali possano essere le condotte del lavoratore sanzionabili a livello disciplinare.

Per assicurare la protezione dei dati e delle informazioni trattate, il dipendente deve porre in essere tutte le precauzioni per garantire la riservatezza dei dati, così come disposto dalle normative in materia di privacy, riservatezza e security.

Il lavoratore avrà diritto al medesimo trattamento economico spettante ai lavoratori che svolgono le stesse mansioni esclusivamente all'interno dell'azienda, agli stessi incentivi di performance, opportunità di carriera e economiche, incrementi di produttività, la formazione. Il lavoratore agile avrà diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa anche all'esterno dei locali aziendali.

Le parti potranno sempre recedere dall'accordo stipulato e riprendere con le forme più "tradizionali" di svolgimento del rapporto di lavoro. Il recesso avviene mediante preavviso non inferiore a 30 giorni, se si tratta di rapporto di lavoro a tempo indeterminato, (Il preavviso non è, tuttavia, richiesto se sussiste un giustificato motivo di recesso). Se il rapporto di lavoro è a tempo determinato, il recesso sarà possibile prima del termine solo in presenza di un giustificato motivo.

Il Capo I del CCNL comparto sanità 2019-2021 disciplina il lavoro agile considerandolo come strumento per migliorare i servizi pubblici e l'innovazione organizzativa, garantendo l'equilibrio di tempi di vita e di lavoro e per il quale sono previsti specifici requisiti organizzativi e tecnologici.

Lo smart working non è, dunque, un nuovo tipo contrattuale ma una modalità di approccio al lavoro diversa ed innovativa che implica una nuova visione del processo produttivo e della complessiva organizzazione aziendale.

Lo smart working non è solo una questione di tecnologia o di flessibilità, ma una vera e propria trasformazione culturale che richiede un cambiamento di mentalità e di comportamento da parte di tutti i soggetti coinvolti: lavoratori, dirigenti, utenti e fornitori.

L'approccio a questa nuova modalità organizzativa presuppone l'indagine e/o l'attivazione delle condizioni abilitanti che influenzano la buona riuscita della misura stessa. L'azione preliminare è quindi valutare lo stato di salute e le criticità che possano impedire l'implementazione del lavoro agile o che ne possano compromettere il successo.

### **Tabella condizioni abilitanti**

OBIETTIVI	INDICATORI	STATO BASELINE 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2027	FONTE
<b>SALUTE ORGANIZZATIVA</b>				
Adeguatezza dell'organizzazione dell'ente rispetto al lavoro agile. Miglioramento organizzativo.	1) Coordinamento organizzativo del lavoro agile	no	si	<i>DIRETTORE GENERALE/DIRETTORE AMMINISTRATIVO/SERVIZIO RISORSE UMANE</i>
	2) Monitoraggio del lavoro agile	no	SI	<i>SERVIZIO RISORSE UMANE E DIRIGENTE DI RIFERIMENTO</i>
	3) Help desk informatico dedicato al lavoro agile	NO	SI	<i>SERVIZIO RISORSE UMANE</i>

OBIETTIVI	INDICATORI	STATO BASELINE 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2027	FONTE
	4) Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi	SI	SI	<i>DIRETTORE GENERALE/DIRETTORI DI AREA/DIRIGENTI/INCARICHI DI FUNZIONE</i>
<b>SALUTE PROFESSIONALE</b>				
Adeguatezza dei profili professionali esistenti all'interno dell'ente rispetto a quelli necessari	5) % dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno	0%	50%	<i>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</i>
	6) % dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale	80%	100%	<i>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</i>
	7) % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno	0%	60%	<i>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</i>
	8) % di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi	100%	100%	<i>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</i>
	9) % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno	0% (Syllabus)	90% (Syllabus)	<i>DIREZIONE AMMINISTRATIVA/SERVIZIO FORMAZIONE</i>
	10) % lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	100%	100%	<i>DIREZIONE AMMINISTRATIVA/RTD</i>
<b>SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA</b>				
Rilevare i fabbisogni aziendali	11) € Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile	0,00	5.000,00	<i>DIREZIONE AMMINISTRATIVA/SERVIZIO FORMAZIONE</i>
	12) € Investimenti in supporti hardware funzionali al lavoro agile	0,00	6.500,00	<i>DIREZIONE AMMINISTRATIVA/SERVIZIO FINANZE E CONTROLLO</i>

OBIETTIVI	INDICATORI	STATO BASELINE 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2027	FONTE
	13) € Investimenti in digitalizzazione di servizi, progetti, processi	0,00	3.500,00	DIREZIONE AMMINISTRATIVA/SERVIZIO PROGRAMMAZIONE CONTROLLO
<b>SALUTE DIGITALE</b>				
<b>SALUTE DIGITALE</b>	14) % lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati	0	100% da fornitura aziendale (notebook e access point wireless 4G)	<i>SERVIZIO ACQUISTI</i>
	15) Sistema VPN	100%	100%	<i>ICT ARES/RTD</i>
	16) Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	100%	100%	<i>ICT ARES/RTD</i>
	17) % Applicativi consultabili in lavoro agile	100%	100%	<i>ICT ARES/RTD</i>

L'azienda è consapevole delle potenzialità insite nella implementazione del lavoro agile nella propria organizzazione, ma questo comporta la diffusione di una nuova cultura organizzativa orientata a generare autonomia e responsabilità nelle persone. Tra i fattori che rilevano positivamente in questa direzione si segnalano la capacità di:

- favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- aumentare della produttività;
- favorire l'inclusione e l'accessibilità al lavoro;
- migliorare il benessere psicologico;
- ridurre i costi aziendali;
- promuovere l'innovazione tecnologica.

Gli indicatori dello stato di implementazione del lavoro agile costituiscono il punto di partenza cui devono aggiungersi adeguati indicatori che misurino l'impatto che l'organizzazione del lavoro produce sulla performance organizzativa e individuale e, a salire sulla capacità dell'azienda di creare Valore Pubblico.

**Tabella Stato di implementazione lavoro agile**

DIMENSIONI	INDICATORI SULLO STATO DI IMPLEMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE
QUALITA'	% dirigenti/posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile
	%percentuale dipendenti in L.A. soddisfatti
	Soddisfazione per genere
	Soddisfazione per età
QUANTITA'	%lavoratori agili effettivi/lavoratori agili potenziali <sup>3</sup>
	Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali

Il ricorso a questa modalità organizzativa del lavoro comporta la misurazione della sua applicazione concreta attraverso degli indicatori che ne rilevino sia l'aspetto qualitativo che quantitativo.

**Tabella indicatori di performance organizzativa lavoro agile**

DIMENSIONI		INDICATORI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
EFFICIENZA	Produttiva	Diminuzione assenze
	Temporale	Riduzione tempi di lavorazione
EFFICACIA	Quantitativa	N. pratiche/processi o servizi
ECONOMICITA'	Riduzione dei costi	Riduzione costi utenze, stampe

L'utilizzo del lavoro agile ha un importante impatto anche sul singolo individuo perché favorisce l'equilibrio personale tra vita lavorativa e privata, l'aumento del livello di responsabilizzazione e la riduzione di stress. E' necessario che questi potenziali benefici si tramutino in benessere effettivo e quindi l'azienda deve introdurre strumenti di monitoraggio e misurazione che permettano di introdurre le azioni correttive a supporto del lavoratore.

<sup>3</sup> Per lavoratori agili potenziali si intende il totale de dipendenti che svolgono attività potenzialmente eseguibile in remoto.

**Tabella indicatori di performance individuale lavoro agile**

DIMENSIONI		INDICATORI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE
EFFICIENZA	Efficacia quantitativa	N. di pratiche N di pratiche in L.A./ N totale di pratiche
	Efficacia qualitativa	Qualità del lavoro svolto
EFFICACIA	Quantitativa	N. pratiche/processi o servizi
ECONOMICITA'	Riduzione dei costi	Riduzione costi utenze, stampe

**3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale**

Le risorse umane costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo dell'azienda. Rappresenta, quindi, un obiettivo strategico dell'Azienda riconoscere e valorizzare adeguatamente le competenze e le professionalità dei propri collaboratori curandone l'aggiornamento e la formazione quali fattori fondamentali della crescita professionale attivando processi di innovazione tecnologica e cambiamento organizzativo. L'Azienda adotta metodi di reclutamento che si ispirano a criteri e strumenti di selezione meritocratici idonei ad identificare, oltre alle conoscenze teoriche, le capacità, le competenze trasversali e le attitudini dei candidati al ruolo e all'area professionale di destinazione. L'Azienda si impegna a garantire la tutela della sicurezza, della salute e del benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in modo attivo gli obblighi e i principi della normativa vigente.

Al contempo l'Azienda chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti.

Poiché il benessere e la soddisfazione dei dipendenti rivestono un ruolo molto importante nel successo di dell'Azienda si tratta di trovare un equilibrio tra obiettivi aziendali e la motivazione dei dipendenti al fine di incrementare la performance individuale, coinvolgendo il dipendente nei processi organizzativi dell'organizzazione (il collaboratore che si sente coinvolto negli obiettivi dell'azienda e ne condivide i valori è più produttivo) al fine di fidelizzare i propri dipendenti.

Al 31.12.2024 l'organico impegnato in azienda è rappresentato nel complesso da 711 unità distinte tra ruolo amministrativo, sanitario e tecnico secondo la seguente tabella dove sono riportati i dati effettivi al 31.12.2024.

**Tabella rappresentazione della consistenza di personale al 31.12.2024**

RUOLO	AREA	Tot	T. Ind	T. Det
RUOLO AMMINISTRATIVO		68		
	COMPARTO	62	49	13

RUOLO	AREA	Tot	T. Ind	T. Det
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	6	3	3
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>		1	1	
	DIRIGENTE INGEGNERE	1	1	
<b>RUOLO SANITARIO</b>		499		
	COMPARTO	373	356	17
	DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	15	14	1
	DIRIGENZA MEDICA VETERINARIA	111	101	10
<b>RUOLO SOCIO SANITARIO</b>		91		
	COMPARTO	91	87	4
	DIRIGENZA	0		
<b>RUOLO TECNICO</b>		52		
	COMPARTO	52	50	2
	DIRIGENZA	0		
<b>Totale Comparto</b>		<b>578</b>	542	36
<b>Totale Dirigenza</b>		<b>133</b>	119	14
<b>Totale Complessivo Personale Dipendente</b>		<b>711</b>	661	50

Una delle maggiori criticità evidenziata ormai da anni è la carenza di personale medico, sia dipendente che convenzionato di specialistica ambulatoriale. La difficoltà a reperire medici specialistici è diventata ormai un elemento strutturale del panorama sanitario che condiziona negativamente la capacità delle aziende e della Asl Ogliastra di coordinare contemporaneamente un alto volume di prestazioni ambulatoriali, la presa in carico territoriale dei pazienti cronici e l'erogazione di prestazioni ospedaliere.

La grave e persistente carenza di personale medico aveva già portato la Direzione anche alla drastica decisione di chiusura di reparti negli ultimi anni nonostante il ricorso alle consulenze ed alle prestazioni aggiuntive di altre Aziende Sanitarie.

In questi ultimi anni, propria la difficoltà nel reperire medici specialisti, ha comportato per l'azienda il ricorso a convenzioni con altre aziende sanitarie, a incarichi libero professionali e all'intrattenimento in servizio oltre i 67 anni e entro i 70 anni del personale sanitario nel rispetto delle norme vigenti.

Nonostante le criticità espresse, l'azienda prosegue con le azioni operative essenziali per il raggiungimento dei propri obiettivi organizzativi e produttivi e, in quest'ottica, ha definito il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2025 2027 coerentemente con la riorganizzazione dei servizi e la piena ripresa della capacità dell'offerta sanitaria della ASL Ogliastra

Il Piano triennale del fabbisogno di personale 2025 2027 è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 563 del 14/11/2024, è redatto secondo gli schemi Prospetto 1 e 2 riportati dalla delibera RAS n. 46/42 del 22.11.2019 che si allegano al PIAO.

La capacità assunzionale è calcolata nel rispetto dei limiti delle risorse economiche e finanziarie poste dal Bilancio di Previsione 2025 -2027. L'impegno economico espresso nel PTFP rispetta i tetti di spesa previsti dalle norme nazionali e regionali in materia di spese per il personale dipendente, tempo determinato e indeterminato, e per i contratti di somministrazione di lavoro.

Con il PTFP 2025-2027 si espone il fabbisogno complessivo dell'azienda in termini numero di unità per ciascun profilo professionale e del relativo costo standard previsto per gli anni 2025 2027.

Il totale complessivo del personale dipendente è al 31.12.2024 di 711 unità che si prevede di portare a 802 nel corso del 2025. L'incremento netto totale al 31.12.2025 è di 91 unità date dalla somma algebrica di 65 cessazioni complessive e 156 assunzioni complessive.<sup>4</sup>

I criteri alla base della programmazione sono stati:

- turnover generazionale;
- assunzioni di nuovo personale per garantire le esigenze organizzative dei servizi socio sanitarie, per favorire il raggiungimento degli obiettivi collegati a piani specifici come PNRR, Piano Nazionale degli Investimenti Complementari (PNC)- Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima di cui alla L. 101/2021 e "Programma Nazionale Equità nella Salute" (PNES) 2021-2027.

Uno dei fattori di maggior rilievo è il potenziamento della dirigenza sanitaria per la quale si prevede l'incremento di 57 dirigenti medici e veterinari, di 2 dirigenti farmacisti e 3 dirigenti psicologi. Il fabbisogno di unità di dirigenza medica è calcolato avendo a riguardo non solo al fisiologico turnover generazionale e quindi delle cessazioni per raggiunti limiti di età, ma soprattutto considerando le gravi carenze in alcune discipline come cardiologia, chirurgia generale, igiene, epidemiologia e sanità pubblica, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria per citare le più incomplete ai fini organizzativi. Nel dettaglio, meglio rappresentato nel PTFP allegato, le unità necessarie alla copertura dei posti vacanti per effetto delle cessazioni sono 20 e mentre 57 sono le unità nuove aggiuntive; pertanto si prevede di avere in azienda 78 nuovi dirigenti medici veterinari.

Ai fini della programmazione, si è posta la condizione che tutte le assunzioni avverranno nel corso del 2025, più esattamente nel secondo semestre. Il costo è ottenuto a partire dai costi standard per ciascun profilo professionale (come esposti nel Prospetto 1) e integrati con gli oneri accessori e i fondi contrattuali (come da Prospetto 2) per la quadratura del conto economico di previsione anno 2025.

La differenza riscontrabile tra l'anno 2025 e l'anno 2026, per il quale si prevede un maggior costo a parità di unità lavorative, deriva dalla condizione preliminare posta alla base: le cessazioni si ipotizzano al 30.06.2025 per 6 mesi e le nuove assunzioni si ipotizzano dal 01.07.2025 sempre per 6 mesi. Nel corso del 2026 e 2027 non sono previste variazioni pertanto il nuovo personale è in organico dal 01.01.2026 e 01.01.2027.

La tabella seguente rappresenta la sintesi della strategia di copertura del fabbisogno triennale di personale, per il triennio 2025-2026-2027, con il dettaglio del numero di teste, costo e percentuale suddiviso per ruolo di appartenenza.

---

<sup>4</sup> Il confronto dei dati è fatto tra i dati effettivi al 31.12.2024 e le previsioni al 31.12.2025 contenute nel PTFP. Si tenga conto che i dati al 31.12.2024 espressi nel PTFP sono estratti dalla situazione al 21.10.2024 per consentire il rispetto dei tempi di approvazione.

### Tabella di sintesi PTFP 2025 2027

RUOLO	AREA	31.12.2025			31.12.2026			31.12.2027		
		TESTE	COSTI	% SUL TOTALE	TESTE	COSTI	% SUL TOTALE	TESTE	COSTI	% SUL TOTALE
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>		<b>84</b>	<b>2.088.053</b>	8,21	<b>84</b>	<b>2.203.108</b>	7,94	<b>84</b>	<b>2.203.108</b>	7,94
	COMPARTO	78	1.785.043	7,02	78	1.900.098	6,85	78	1.900.098	6,85
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	6	303.011	1,19	6	303.011	1,09	6	303.011	1,09
				0,00						
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>		<b>3</b>	<b>76.880</b>	0,30	<b>3</b>	<b>103.258</b>	0,37	<b>3</b>	<b>103.258</b>	0,37
	COMPARTO	2	26.378	0,10	2	52.756	0,19	2	52.756	0,19
	DIRIGENTE INGEGNERE	1	50.502	0,20	1	50.502	0,18	1	50.502	0,18
<b>RUOLO SANITARIO</b>		<b>563</b>	<b>19.870.350</b>	78,10	<b>563</b>	<b>21.903.183</b>	78,92	<b>563</b>	<b>21.903.183</b>	78,92
	COMPARTO	375	10.102.811	39,71	375	10.169.989	36,64	375	10.169.989	36,64
	DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	20	1.102.550	4,33	20	1.260.401	4,54	20	1.260.401	4,54
	DIRIGENZA MEDICA VETERINARIA	168	8.664.989	34,06	168	10.472.792	37,73	168	10.472.792	37,73
				0,00						
<b>RUOLO SOCIOSANITARIO</b>		<b>96</b>	<b>2.210.197</b>	8,69	<b>96</b>	<b>2.271.879</b>	8,19	<b>96</b>	<b>2.271.879</b>	8,19
	COMPARTO	96	2.210.197	8,69	96	2.271.879	8,19	96	2.271.879	8,19
	DIRIGENZA	0		0,00			0,00			0,00
				0,00						
<b>RUOLO TECNICO</b>		<b>56</b>	<b>1.195.296</b>	4,70	<b>56</b>	<b>1.273.380</b>	4,59	<b>56</b>	<b>1.273.380</b>	4,59
	COMPARTO	56	1.195.296	4,70	56	1.273.380	4,59	56	1.273.380	4,59
	DIRIGENZA	0	0	0,00			0,00			0,00
				0,00						
<b>Totale Comparto</b>		<b>607</b>	<b>15.319.725</b>	<b>60,22</b>	<b>607</b>	<b>15.668.102</b>	<b>56,45</b>	<b>607</b>	<b>15.668.102</b>	<b>56,45</b>
<b>Totale Dirigenza</b>		<b>195</b>	<b>10.121.051</b>	<b>39,78</b>	<b>195</b>	<b>12.086.706</b>	<b>43,55</b>	<b>195</b>	<b>12.086.706</b>	<b>43,55</b>
<b>Totale Complessivo Personale Dipendente</b>		<b>802</b>	<b>25.440.777</b>	<b>100</b>	<b>802</b>	<b>27.754.808</b>	<b>100</b>	<b>802</b>	<b>27.754.808</b>	<b>100</b>

### Formazione del personale

La formazione, l'aggiornamento continuo del personale, l'investimento sulle conoscenze, sulle capacità e sulle competenze delle risorse umane sono allo stesso tempo un mezzo per garantire l'arricchimento professionale dei dipendenti e per stimolarne la motivazione e uno strumento strategico volto al miglioramento continuo dei processi interni.

La formazione continua del personale è un processo complesso che investe molteplici aspetti dell'organizzazione aziendale:

- la valorizzazione del personale intesa anche come fattore di crescita;
- il miglioramento della qualità dei processi organizzativi;
- la capacità di adeguamento alle nuove sfide produttive e organizzative imposte dal contesto altamente dinamico;

- lo sviluppo della funzione produttiva di valore pubblico attraverso la prevenzione della corruzione.

La strategia di crescita e di sviluppo del capitale umano è diventato un imperativo all'interno della Pubblica Amministrazione affinché il dipendente faccia propri gli obiettivi, gli strumenti e le azioni di cambiamento e diventi egli stesso promotore di innovazione. Quest'approccio è alla base delle politiche adottate con il PNRR che pone particolare attenzione all'acquisizione di competenze e conoscenze delle persone necessarie a gestire la transizione amministrativa, ecologica e digitale.

La riforma del SSR di cui alla L.R. 24/2020 e ss.mm. ii. assegna all'Azienda regionale della salute – ARES, all'art. 3 c. 3 lettere g) e h), la competenza accentrata, per tutte le Aziende del SSR, al fine del supporto tecnico all'attività di formazione del personale e alla gestione delle procedure di accreditamento ECM.

In coerenza con la disposizione sopra richiamata, la Asl Ogliastra ha comunicato ad ARES Sardegna il proprio fabbisogno formativo. ARES Sardegna ha proceduto, con Deliberazione del proprio Direttore Generale n. 347 del 24/12/2024, all'approvazione del Piano Annuale della Formazione del Provider ARES 2025, nell'ambito del quale è stato definito il Piano formativo della ASL Ogliastra.

Gli obiettivi della formazione sono finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze professionali nel settore specifico di attività nella disciplina di appartenenza anche in termini di procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della sicurezza nei specifici processi di produzione delle attività sanitarie.

Le aree della formazione che si intendono sviluppare nel corso del 2025 possono essere identificate sostanzialmente con:

- Area della formazione generale
- Area della formazione specifica tecnica professionale
- Area della formazione conseguente a indirizzi Regionali e/o Ministeriali

Il PFA anno 2025, per quanto attiene la ASL Ogliastra, dà prioritaria importanza ai corsi dell' "Area sicurezza luoghi di lavoro" per la sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate e dell' "Area emergenza ed urgenza" per le linee guida - protocolli - procedure documentazione clinica. Per il 2025 sono inseriti inoltre il corso management sistema salute. innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali.

Il dettaglio del piano di formazione previsto da Asl Ogliastra in accordo con ARES è riportato nell'Allegato al PIAO n. 7 PFT ARES 2025 Corsi OGLIASTRA DELDG-347-estratto allegato-A-2024.

il Piano Annuale della Formazione ARES anno 2025 dà attuazione anche agli indirizzi e alle indicazioni del PNRR per quanto attiene lo sviluppo delle competenze di base e specialistiche per l'utilizzo consapevole delle tecnologie digitali.

L'importanza di questi nuovi orientamenti sono ribaditi nella Direttiva del Ministro della Pubblica amministrazione avente ad oggetto "Valorizzazione delle persone e produzione di Valore Pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti." del 14.01.2025 che esplicita le finalità e gli obiettivi strategici della formazione e supporta le amministrazioni nell'individuare soluzioni formative funzionali al raggiungimento degli obiettivi strategici previsti dal PNRR. La direttiva individua inoltre i presupposti per un sistema di monitoraggio della formazione e del suo impatto sul Valore Pubblico.

Viene ancora rimarcato il ruolo della formazione all'interno dell'azienda come strumento per:

- la crescita delle conoscenze delle persone;

- lo sviluppo delle competenze delle persone;
- la crescita della coscienza del ruolo ricoperto da ciascuna persona.

La Asl Ogliastro elabora il proprio fabbisogno di formazione a partire dalla fase del reclutamento del personale e durante l'intero percorso lavorativo.

In linea con le indicazioni ministeriali la Asl Ogliastro si avvale già dal 2024 delle risorse messe a disposizione dal Dipartimento Della Funzione Pubblica attraverso la piattaforma "Syllabus: nuove competenze per le Pubbliche amministrazioni". Si prevede per il 2025 di abilitare alla fruizione dell'applicativo un numero maggiore di dipendenti orientati nella selezione dei corsi dai responsabili dei servizi aziendali.

A partire dall'anno 2024, per continuare nel 2025, la ASL Ogliastro ha integrato il PFA con i corsi Valore PA banditi dall'INPS ed erogati da atenei italiani.

La maggiore diffusione delle tecnologie digitali consente all'azienda di accedere ad una ampia gamma di percorsi formativi attraverso per esempio FAD, sincrona e asincrona. Da ciò deriva la possibilità di elaborare una domanda di formazione personalizzata e strettamente connessa con i bisogni formativi aziendali e con le specifiche esigenze del singolo dipendente.

Nel corso del triennio 2025 2027, l'azienda ricorrerà anche alle risorse messe a disposizione attraverso la SNA e il Formez PA per i percorsi formativi orientati allo sviluppo di competenze dei livelli avanzati e specialistici con l'obiettivo di incrementare le conoscenze acquisite con Syllabus.

Nel complesso tali strumenti integreranno l'offerta formativa prevista del PFA 2025 affinché la formazione sia efficace e si consegua l'obiettivo di un numero di ore pro capite annue non inferiore a 40 come indicato dalla direttiva citata.

La formazione, progettata e erogata in modo sistematico con un orizzonte temporale adeguato agli obiettivi prefissati, rappresenta una delle determinate di creazione di Valore Pubblico come evidenziato nella sezione 2.1 del Piano.

Gli obiettivi specifici di performance relativi alla formazione sono riportati nella sezione 2.2 Performance del presente piano nella dimensione "risorse umane"

L'Azienda garantirà in ogni caso la formazione generale obbligatoria in materia di sicurezza, antincendio, urgenza ed emergenza, privacy e anticorruzione.

### **3.4 Le azioni positive**

Il Piano costituisce il documento programmatico per l'attuazione di azioni positive all'interno del contesto organizzativo dell'Azienda. Il Piano è elaborato in conformità con la normativa comunitaria, nazionale e regionale e promuove l'attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità:

- nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa;
- nella formazione professionale e nei casi di mobilità;
- nella diffusione della cultura di genere;
- nella diffusione del principio di non discriminazione.

Garantisce nelle sue azioni il miglioramento dei livelli di benessere organizzativo e una migliore organizzazione del lavoro nel rispetto dell'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata.

### **Azioni Positive:**

L'Asl Ogliastra sta mettendo in atto un sistema di promozione delle pari opportunità attraverso la **Costituzione del Comitato Unico di Garanzia**, successivamente denominato CUG, strumento utile per l'attuazione delle azioni positive in azienda per ogni anno del triennio, previa redazione del "Regolamento interno per la costituzione del CUG" (in allegato), che assumerà il compito in generale di:

- promuovere la cultura di genere attraverso il rafforzamento della comunicazione ed informazione sul tema delle pari opportunità;
- promuovere iniziative volte al miglioramento del benessere organizzativo, tali da garantire le condizioni di lavoro migliori per tutte/i le/i dipendenti;
- favorire le politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro, attraverso azioni che tengano in considerazione le differenze e le esigenze tra uomini e donne all'interno dell'organizzazione, ponendo attenzione ai bisogni della persona a fianco di quelle dell'Azienda;

ed in particolare:

- entro il 30/03 di ciascun anno, il CUG presenta agli organi di indirizzo politico amministrativo una relazione sulla situazione del personale dell'ente di appartenenza. riferita all'anno precedente, contenente una specifica sezione sull'attuazione del Piano triennale e, ove non adottato, una segnalazione dell'inadempienza dell'amministrazione;
  - a decorrere dell'entrata in vigore della nuova direttiva la relazione deve essere trasmessa anche all'Organismo Indipendente di Valutazione – OIV (o Nucleo di Valutazione);
  - in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31/01 di ogni anno, anche come allegato al Piano delle performance.

Attualmente è in corso la procedura di manifestazione d'interesse per individuare il personale da destinare al Comitato Unico di Garanzia.

### **Azioni specifiche e trasversali**

#### **FORMAZIONE per le azioni positive,**

Area di intervento si intendono attivare alcune azioni volte a formare i componenti del CUG per:

- lo svolgimento del proprio ruolo e svolgere attività di sensibilizzazione sulle tematiche delle azioni positive;
- approfondire la tematica inerente alla Medicina di Genere: il P.R.S. pone attenzione all'innovazione ed alla progettualità organizzativa che si realizza anche attraverso l'appropriatezza delle cure "gender oriented";
- approfondire i temi riguardo il tema del contrasto alla violenza sulle donne anche attraverso la partecipazione al Tavolo di Coordinamento Regionale, di cui la Asl Ogliastra è componente, per l'attuazione del Protocollo Interistituzionale sulla violenza contro le donne della Regione Sardegna.
- Progettazione di iniziative durante le giornate dedicate (8 marzo, 25 Novembre) per favorire la sensibilizzazione sul tema.

**DIFFUSIONE DI UNA NUOVA CULTURA DI GENERE** Area d'intervento: diffondere a livello organizzativo all'interno della agenzia la cultura di genere, il contrasto alle discriminazioni, alla violenza e al mobbing; valorizzare il benessere di chi lavora e contro le discriminazioni; presentazione di libri a tema; diffusione di un linguaggio di genere, favorire il rispetto del linguaggio di genere nella comunicazione e negli atti amministrativi dell'Ente per garantire le pari opportunità, sensibilizzare il personale dell'Ente all'utilizzo del linguaggio di genere, promuovere l'uso del linguaggio di genere nei documenti dell'ente; organizzazione di iniziative ad hoc per il personale dipendente.

**CORRELAZIONE tra BENESSERE ORGANIZZATIVO e AZIONI POSITIVE** Area d'intervento: promuovere il benessere organizzativo ed individuale: verso un'organizzazione generatrice di benessere sul lavoro, anche in relazione allo stress lavoro correlato; implementazione di interventi di prevenzione dello stress lavoro correlato in collaborazione con il Medico Competente; promozione in ambito di benessere organizzativo attraverso iniziative volte al trattamento del benessere psico-fisico delle lavoratrici e dei lavoratori. Iniziative volte a leggere la realtà aziendale e a promuovere le necessarie azioni di miglioramento in ambito di benessere organizzativo. Favorire lo sviluppo delle competenze professionali necessarie ad affrontare al meglio le nuove richieste lavorative. Sostenere il personale over 55 nell'affrontare al meglio le richieste lavorative nella fase avanzata della carriera. Valorizzare il bagaglio di esperienze e conoscenze del personale esperto di prossima uscita dal mondo del lavoro per favorire la continuità delle attività ed il buon funzionamento della struttura organizzativa di appartenenza oltre che facilitare l'eventuale inserimento del personale subentrante.

#### **Valutazione Stress lavoro correlato: Azioni correttive da attuarsi nel corso del 2025**

L'attivazione di un percorso di riduzione e di miglioramento continuo, richiede che l'Azienda consideri la valutazione del rischio stress come punto di partenza per la condivisione e comunicazione dei risultati utili per la gestione del rischio ma anche per un processo di riorganizzazione dei fattori organizzativi, di contesto e di contenuto, di rischio.

In questo senso, la prevenzione, e/o la gestione dei fattori di rischio stress-lavoro correlato può comportare l'adozione di misure multilivello e trasversali che possono essere collettive, individuali o di entrambi i tipi ed introdotte sotto forma di specifiche misure mirate a fattori di rischio stress individuati.

Il Documento dello Stress Lavoro Correlato, allegato al DVR dell'Asl Ogliastro, pone in evidenza un livello di rischio moderato per tutti gli indicatori INAIL.

Questo implica la necessità di attivare azioni correttive nel corso del 2025 per l'implementazione di efficaci strategie di riduzione dei rischi psicosociali coinvolgendo il personale dei differenti presidi e delle macro-aree per programmare azioni di promozione della salute organizzativa.

A livello generale l'Azienda implementerà le

- "Misure di gestione e comunicazione"
- "Informazione e consultazione dei Lavoratori e dei loro rappresentanti"
- "Formazione dei Dirigenti e dei Lavoratori"

In particolare le attività che svilupperanno saranno le seguenti:

Entro Marzo 2025: calendario di incontri suddivisi per gruppi omogenei, dove vengono informati di risultati dell'analisi tutti i Responsabili, con i coordinatori e con ulteriori figure che si riterrà coinvolgere. Questi incontri informativi saranno l'occasione per divulgare i risultati e per poterli analizzare in maniera

approfondita ipotizzando le linee di intervento per la riduzione dello stress a livello organizzativo, gestionale, formativo e relazionale.

Entro settembre 2025: Formazione dei Dirigenti e dei preposti sulla gestione del rischio psicosociale su tutti i fattori di rischio, con particolare priorità all'implementazione di un programma di "TOLLERANZA ZERO" per i comportamenti aggressivi a lavoro.

Sarà attivato un processo di monitoraggio continuo su tutte le attività descritte.

Per la specificità degli interventi si rimanda al Documento di Valutazione dei Rischi dello stress del lavoro correlato.

**PROMOZIONI DI POLITICHE DI CONCILIAZIONE** Area d'intervento: sviluppo di politiche di conciliazione famiglia/lavoro: favorire misure di conciliazione vita lavorativa e vita privata attraverso l'attivazione di specifici percorsi di azioni positive e relativa verifica della fattibilità e conseguente sperimentazione di ulteriori livelli di flessibilità d'orario a favore dei dipendenti in situazione di temporanea difficoltà di conciliazione (avendo particolare riguardo a motivi di cura e salute dei dipendenti o familiari), evitando disfunzioni o ricadute negative sull'organizzazione; sensibilizzazione sulla condivisione della cura dei figli: consapevolezza congedo parentale anche per i padri attraverso la promozione di campagne informative interne sui diritti previsti dalla legge; favorire l'attuazione di postazioni di teleconferenza; approfondimenti riguardanti l'applicazione di smart working.

**AZIONI DI RETE** Area d'intervento: approfondimento di costituzione di reti sulla violenza di genere, creare e mantenere la costituzione di reti regionali e territoriali con scopi di uniformità di approccio e di interventi, iniziative condivise che permetterebbero un impatto più significativo.

## CONCLUSIONI

Le azioni previste in questa sezione, potranno essere modificate, integrate ed ampliate nel corso del triennio sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che emergeranno in fase di attuazione.

Di seguito è rappresentata la tabella delle azioni previste nel corso del 2025.

Azioni Positive 2025	Entro il
<b>CUG Istituzione</b>	10 Marzo 2025
<b>Relazione del Personale</b>	Entro il 30 Marzo
<b>Formazione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina di genere</li> <li>• Violenza di genere</li> <li>• Gender gap a lavoro</li> </ul>	Entro il 31/12/2025
<b>Azioni positive e Stress lavoro correlato</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione del rischio Psicosociale su conciliazione lavoro-famiglia</li> </ul>	Entro il 31/12/2025

#### **SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

Il monitoraggio del Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10 c.1 lett.b del D.lgs 150/2009, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni ANAC.

Più specificatamente, il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti, è effettuato dai seguenti attori:

- Valore Pubblico – Dipartimento di Staff - SC Programmazione Controllo di Gestione e Flussi;
- Performance – Dipartimento di Staff - SC Programmazione Controllo di Gestione e Flussi;
- Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT;
- Organizzazione e Capitale Umano – SSD Personale - SC Programmazione Controllo di Gestione e Flussi – Staff Direzione Generale.