

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)



INDICE

1	PREMESSA.....	5
1.1.1	Finalità del PIAO	5
2	SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA ASL N°1 DI SASSARI.....	5
2.1	MISSION	5
2.2	FUNZIONI.....	6
3	ANALISI DEL CONTESTO	8
3.1	CONTESTO ESTERNO	8
3.1.1	IL TERRITORIO	8
3.1.2	POPOLAZIONE	8
3.1.3	CONTESTO INTERNO	12
4	SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	21
4.1	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – VALORE PUBBLICO	21
4.1.1	PNRR: aspetti di Valore Pubblico	24
4.1.2	MIGLIORAMENTO DEGLI SCREENING ONCOLOGICI	26
4.1.3	CRITICITA'	26
4.1.4	SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE E RISPARMIO ENERGETICO	27
4.2	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – PERFORMANCE.....	28
4.2.1	DIMENSIONI STRATEGICHE	28
4.2.2	GLI OBIETTIVI STRATEGICI E ORGANIZZATIVI 2025.....	29
4.2.3	DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	29
4.2.4	LA PARTECIPAZIONE DI CITTADINI E UTENTI AL PROCESSO DI PERFORMANCE	30
4.3	PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	30
4.3.1	CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE	31
4.3.2	LA DIREZIONE AZIENDALE	31
4.3.3	IL RPCT - RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA	31
4.3.4	I DIRIGENTI	32
4.3.5	L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE ED IL COLLEGIO SINDACALE	33
4.3.6	L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI.....	33
4.3.7	IL RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE	33
4.3.8	IL PERSONALE DIPENDENTE E I COLLABORATORI DELL'AZIENDA.....	34
4.3.9	IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RASA), IL.....	34
4.3.9	VALUTAZIONE DEL DIVERSO LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI CORRUZIONE DELLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI: INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO	34
4.4	MISURE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE	35
4.4.1	ROTAZIONE DEI DIPENDENTI.....	36
4.4.2	CRITERI PER LA ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE	36
4.4.3	ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE DIRIGENZIALE	37

4.4.4	ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE	38
4.4.5	ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE	38
4.4.6	TEMPISTICA ED IMMEDIATEZZA DEL PROVVEDIMENTO DI EVENTUALE ADOZIONE DELLA ROTAZIONE STRAORDINARIA.....	38
4.4.7	IL RAPPORTO TRA ROTAZIONE STRAORDINARIA E TRASFERIMENTO D'UFFICIO IN CASO DI RINVIO A GIUDIZIO.....	39
4.5	CODICI DI COMPORTAMENTO NAZIONALE E AZIENDALE.....	39
4.6	GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSE.....	39
4.6.1	IL CONFLITTO DI INTERESSE NELLE PROCEDURE DI AFFIDAMENTO DI CONTRATTI PUBBLICI .	40
4.6.2	IL NUOVO ART. 35-BIS DEL D.LGS. 165/2001	42
4.6.3	INCOMPATIBILITÀ/INCONFERIBILITÀ INCARICHI	42
4.6.4	SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO - ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI	43
4.6.5	CONTROLLI E REGIME SANZIONATORIO	43
4.7	REVOLVING DOOR - DIVIETO DI PANTOUFLAGE	43
4.8	PATTO D'INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI	44
4.9	PROCEDURE PER LA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI.....	44
4.9.1	MONITORAGGIO EVENTI FORMATIVI SPONSORIZZATI.....	45
4.10	GESTIONE E MONITORAGGIO DEL SISTEMA DI TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER).....	46
4.11	OBBLIGHI DI INFORMAZIONE E COLLABORAZIONE NEI CONFRONTI DEL RPCT.....	46
4.12	MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DELLA SEZIONE PTPCT.....	47
4.13	IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA.....	47
4.14	AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON LA SOCIETÀ CIVILE.....	47
4.15	ACCESSO AGLI ATTI	47
4.16	ALLEGATI	47
5	SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	49
5.1	SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	49
5.1.1	STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	49
5.1.2	ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	50
5.2	SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	50
5.2.1	QUADRO NORMATIVO – NORME DI RIFERIMENTO.....	50
5.2.2	PRINCIPI GENERALI.....	54
5.2.3	STATO DI ATTUAZIONE.....	54
5.2.4	CONDIZIONALITÀ DEL LAVORO AGILE.....	56
5.2.5	MODALITÀ ATTUATIVE.....	57
5.2.6	GLI OBIETTIVI DEL LAVORO AGILE.....	57
5.2.7	FATTORI ABILITANTI.....	58
5.2.8	DOMANDA DI ACCESSO AL LAVORO AGILE.....	60
5.2.9	RISERVATEZZA PRIVACY E SECURITY	61
5.2.10	FORMAZIONE, COMUNICAZIONE E SUPPORTO	61
5.2.11	POTERE DIRETTIVO, DICONTROLLO E DISCIPLINARE	61
5.2.12	SICUREZZA SUL LAVORO	62

5.3	SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	62
5.3.1	STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO	64
5.3.2	FORMAZIONE DEL PERSONALE	66
5.3.3	PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025	66
6	MONITORAGGIO.....	68

1 PREMESSA

Il PIAO¹ rappresenta uno strumento innovativo di programmazione e *governance*, concepito per garantire una gestione efficiente, trasparente e coordinata delle attività amministrative, organizzative e operative delle pubbliche amministrazioni. Tale piano integra in un unico documento i principali strumenti di pianificazione, con l'obiettivo di migliorare la coerenza strategica e l'efficienza operativa.

Le Aziende Sanitarie Locali, quali amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono tenute a predisporre e adottare il PIAO nel rispetto della normativa vigente, con particolare riferimento al Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, e alla Legge 6 novembre 2012, n. 190.

1.1.1 Finalità del PIAO

Il PIAO della durata triennale e aggiornato annualmente, costituisce uno strumento cardine per:

- **La pianificazione integrata** delle attività istituzionali, garantendo un allineamento tra gli obiettivi strategici e operativi.
- **Il miglioramento dell'efficienza organizzativa**, attraverso un'adeguata gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali.
- **La promozione della trasparenza e della prevenzione della corruzione**, attraverso il coordinamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).
- **L'attuazione delle linee strategiche del PNRR**, assicurando la realizzazione degli interventi previsti e il raggiungimento degli obiettivi europei e nazionali.

In questo quadro, il PIAO si configura come un documento strategico fondamentale per l'ASL di Sassari, orientando la sua azione amministrativa verso principi di efficienza, sostenibilità e qualità dei servizi, in risposta alle esigenze dei cittadini e del territorio.

Il PIAO definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi mediante gli strumenti di cui al D.lgs. 150/2009, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198 (efficienza amm.ni e concessionari servizi pubblici).

2 SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA ASL N°1 DI SASSARI

2.1 MISSION

L'ASL di Sassari attua il principio costituzionalmente garantito di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, realizzando le finalità del SSR nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario. Essa assicura l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera all'interno del proprio territorio di riferimento.

Considerando le linee guida regionali approvate con DGR n. 30/73 del 30/09/2022, l'ASL 1 di Sassari ha redatto e approvato in via preliminare il proprio atto aziendale con la Deliberazione del Direttore Generale n. 616 del 01/12/2022. L'assetto definitivo dell'Azienda, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1055 del 26.10.2023 di adozione delle modifiche all'atto aziendale, ha ottenuto la conformità regionale (DGR n. 4/64 del 16/02/2023), con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 37/18 del 02.11.2023.

¹ L'articolo 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", ha introdotto l'obbligo per le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, escluse le scuole e le istituzioni educative, di adottare entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

La mission dell'Azienda è riassumibile nei seguenti concetti:

- Assicurare la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle patologie per il territorio di propria competenza.
- Garantire le cure primarie e specialistiche.
- Erogare ai cittadini tutti i servizi socio sanitari previsti per le Asl dal Servizio Sanitario Nazionale.
- Garantire l'assistenza socio sanitaria territoriale e ospedaliera di competenza secondo i migliori standard di qualità e nel rispetto degli indirizzi regionali.
- Svolgere il proprio ruolo istituzionale in sinergia, partnership e collaborazione sistematica con le Istituzioni e gli Enti pubblici e privati di riferimento locale, regionale, nazionale e internazionale.

2.2 FUNZIONI

Ai sensi del d.lgs. 502/92 e della legge regionale n. 24/2020 l'ASL di Sassari svolge le funzioni di:

- Programmazione aziendale e gestione complessiva dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.
- Omogeneizzazione e armonizzazione dei processi assistenziali nel territorio di competenza in coordinamento con le attività degli altri enti.
- Garanzia del perseguimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per la propria popolazione mediante servizi/prestazioni prodotti direttamente e servizi/prestazioni prodotti da altri soggetti pubblici e privati, acquisiti direttamente (funzione di committenza) o indirettamente attraverso la regolazione regionale della mobilità.

L'erogazione dei servizi offerti dall'Azienda avviene nel rispetto dei seguenti valori fondanti:

- EGUAGLIANZA verso ogni persona che ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche.
- CONTINUITÀ ovvero i servizi sono erogati in maniera continuativa e senza interruzioni, nell'ambito delle MODALITÀ di funzionamento definite da norme e regolamenti nazionali, regionali ed aziendali.
- PARTECIPAZIONE del cittadino all'analisi della qualità delle prestazioni offerte ed erogate, riconoscendo la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi e garantendo la partecipazione come utente singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.
- IMPARZIALITÀ nelle scelte e nelle DECISIONI aziendali che devono garantire al cittadino equità di trattamento e di accesso.
- LIBERTÀ DI SCELTA dell'erogatore del servizio nell'ambito delle leggi regionali e nazionali.
- EFFICIENZA ED EFFICACIA degli interventi sanitari perseguita attraverso l'adozione nella pratica clinica delle metodologie dell'Evidence Based Medicine (EBM) e dell'Evidence Based Nursing (EBN) al fine di produrre outcome di salute positivi. Il raggiungimento di tale obiettivo deve essere unito alla salvaguardia delle risorse disponibili che devono essere utilizzate nel miglior modo possibile evitando sprechi e costi inutili.
- VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE, che costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo dell'Azienda, offrendo opportunità di crescita professionale e di carriera a quanti sappiano distinguersi per capacità ed impegno e contribuiscano in modo leale e responsabile al raggiungimento delle mission e degli obiettivi Aziendali.
- INTEGRAZIONE E COLLABORAZIONE CON GLI ENTI LOCALI NELL'AMBITO della programmazione sanitaria e socio sanitaria a livello locale.

- COLLABORAZIONE CON LE ALTRE STRUTTURE SANITARIE REGIONALI preposte direttamente o indirettamente, dalla L.R. 24/2020, alla tutela della salute dei cittadini affinché possa essere realizzato un sistema sanitario regionale e territoriale integrato, efficiente ed efficace.
- PROMOZIONE DELL'INNOVAZIONE GESTIONALE E TECNOLOGICA, ivi comprese quelle informatiche, per il miglioramento dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriali.

Il presente documento, oltre a definire le linee di indirizzo e programmazione, si pone anche l'obiettivo di evidenziare alcune delle criticità che persistono in aspetti strutturali e organizzativi, anche determinati da fattori esogeni all'azienda, in modo da programmare la loro risoluzione attraverso l'attivazione delle procedure e delle azioni che consentano di superare tali fattori, che possono costituire ostacolo rispetto alla concretizzazione delle strategie.

3 ANALISI DEL CONTESTO

3.1 CONTESTO ESTERNO

3.1.1 IL TERRITORIO

L'ASL n.1 di Sassari opera in un territorio che comprende 66 comuni, suddivisi nei tre distretti sociosanitari di Sassari, Alghero e Ozieri. Ogni distretto presenta specificità territoriali e demografiche che influenzano l'organizzazione dei servizi sanitari. In particolare, il Distretto di Sassari accoglie il 67% della popolazione residente.

Di seguito la composizione dei Distretti in termini di Comuni di afferenza:

- Distretto di Sassari: Bulzi, Cargeghe, Castelsardo, Chiaramonti, Codrongianos, Erula, Florinas, Laerru, Martis, Muros, Nulvi, Osilo, Ossi, Perfugas, Ploaghe, Porto Torres, Santa Maria Coghinas, Sassari, Sadini, Sennori, Sorso, Stintino, Tergu, Tissi, Usini, Valledoria, Viddalba.
- Distretto di Alghero: Alghero, Banari, Bessude, Bonnanaro, Bonorva, Borutta, Cheremule, Cossoine, Giave, Ittiri, Mara, Monteleone Rocca Doria, Olmedo, Padria, Pozzomaggiore, Putifigari, Romana, Semestene, Siligo, Thiesi, Torralba, Uri, Villanova Monteleone.
- Distretto Ozieri: Anela, Ardara, Benetutti, Bono, Bottidda, Bultei, Burgos, Esporlatu, Illorai, Ittireddu, Mores, Nughedu San Nicolò, Nule, Ozieri, Pattada, Tula.

3.1.2 POPOLAZIONE

La popolazione totale, al 1° gennaio 2024, è di 314.320 abitanti, di cui 153.856 maschi e 160.464 femmine. Tuttavia, si registra un calo demografico costante dal 2020, con un aumento dell'indice di vecchiaia, attualmente al 293,75%, ben oltre la media nazionale del 182%. Questi dati evidenziano una crescente necessità di servizi sanitari mirati per una popolazione sempre più anziana.

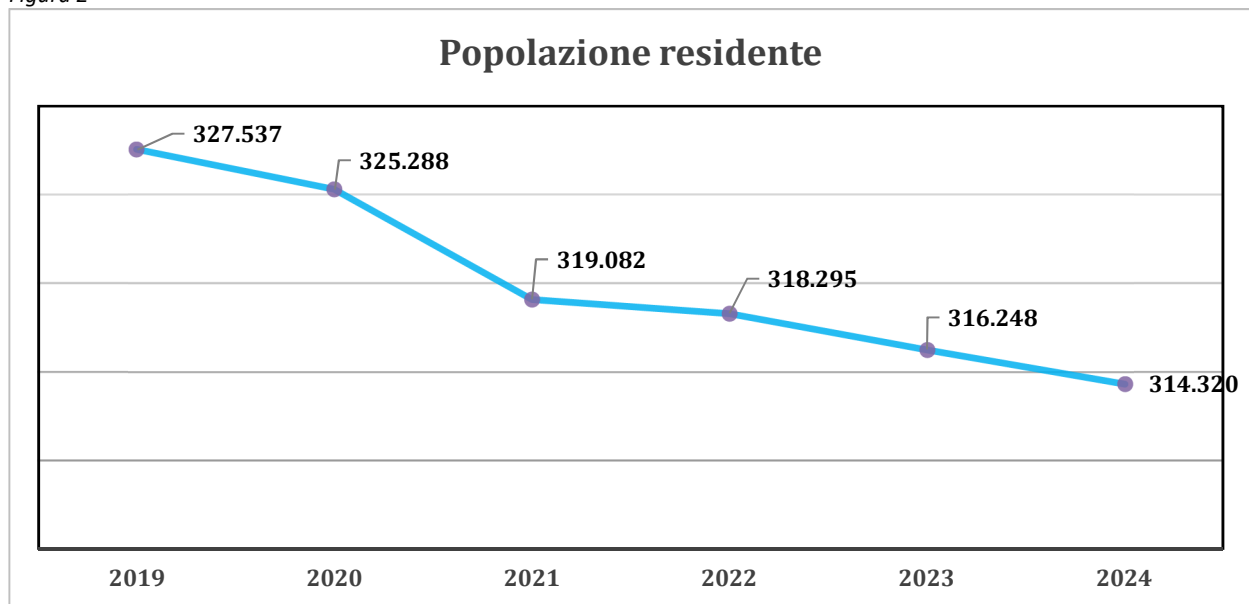
L'ambito territoriale di responsabilità dell'ASL n.1 è quello della provincia di Sassari (Fig. 1), comprendente 66 Comuni raggruppati in tre distretti sociosanitari:

Figura 1 - Territorio ASL di Sassari



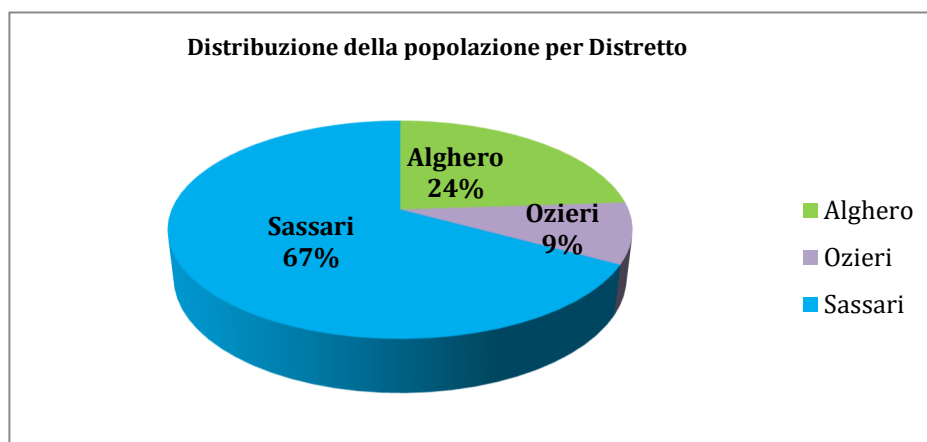
La Asl di Sassari ha funzione di garantire la tutela della salute e la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini, espressi in forma individuale e/o collettiva. Garantisce i livelli essenziali di assistenza ed opera come parte di un sistema complessivamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Figura 2



La maggior parte della popolazione è residente nei grandi centri soprattutto nella città di Sassari il cui Distretto accorpa il 67% della popolazione.

Figura 3



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari - Demo Istat

La fascia d'età più popolosa è quella dei 14-64 anni; si riporta la tabella della popolazione suddivisa per fasce d'età.

Tabella 1: popolazione per distretto

FASCE DI ETÀ	Alghero			Ozieri			Sassari		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0-13 anni	2.948	2.846	5.794	1.174	1.094	2.268	9.548	8.999	18.547
14-64 anni	21.168	21.634	42.802	8.515	8.141	16.656	61.842	63.322	125.164
65-74 anni	4.809	5.055	9.864	1.884	1.945	3.829	12.519	14.223	26.742
75 e oltre	4.327	6.100	10.427	1.618	2.300	3.918	10.983	15.928	26.911
Totale	33.252	35.635	68.887	13.191	13.480	26.671	94.892	102.472	197.364

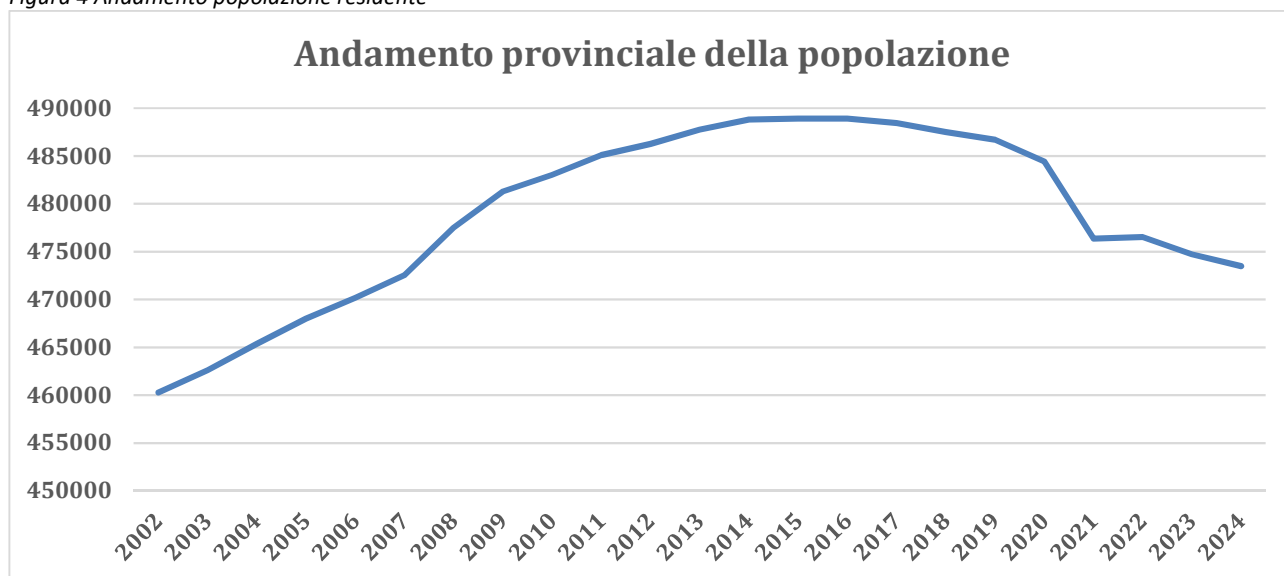
Tabella 2 Composizione e demografia per distretto

Distretto	N° comuni	Maschi	Femmine	Totale
Alghero	23	36.852	38.424	75.276
Ozieri	16	13.863	13.960	27.823
Sassari	27	103.141	108.080	211.221
Totale	66	153.856	160.464	314.320

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

Effettuando una ricostruzione storica della popolazione si può osservare come le previsioni sul futuro demografico nel territorio restituiscano un potenziale quadro di crisi: la popolazione residente è in decrescita con un'evidente accentuazione della tendenza dall'anno pandemico 2020 in poi.

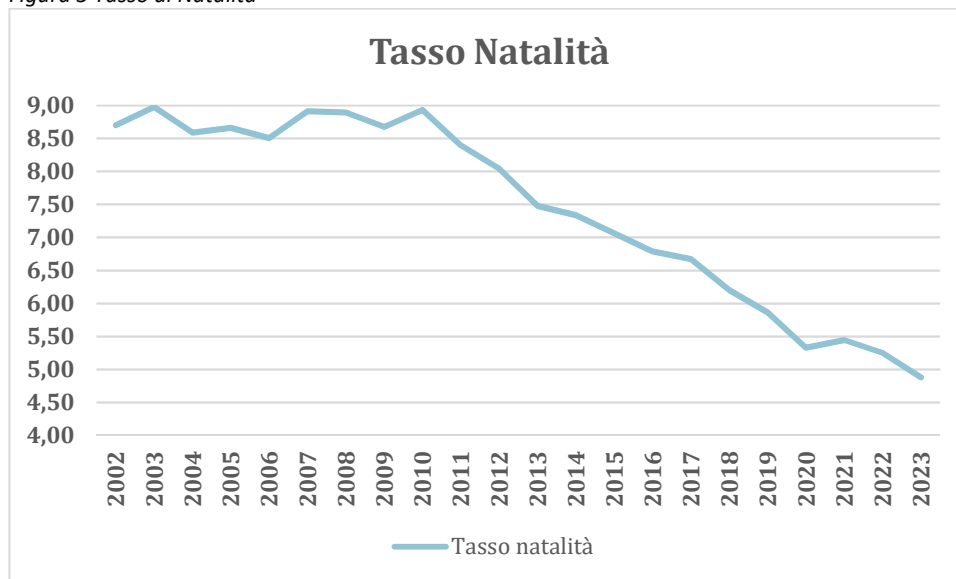
Figura 4 Andamento popolazione residente



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat (l'andamento della popolazione riporta i dati della ex provincia di Sassari)

Il tasso di natalità rappresenta il numero medio di nascite, in un anno, ogni 1.000 abitanti. Concorre a verificare lo stato di sviluppo di una popolazione, ed è diverso da territorio a territorio in quanto su di esso incidono diversi fattori: lo sviluppo economico, il grado di modernizzazione del territorio, fattori politici, sociali, strutturali nonché culturali. Per gli anni di osservazione, in generale, si rileva nel tempo una riduzione di questo indicatore.

Figura 5 Tasso di Natalità

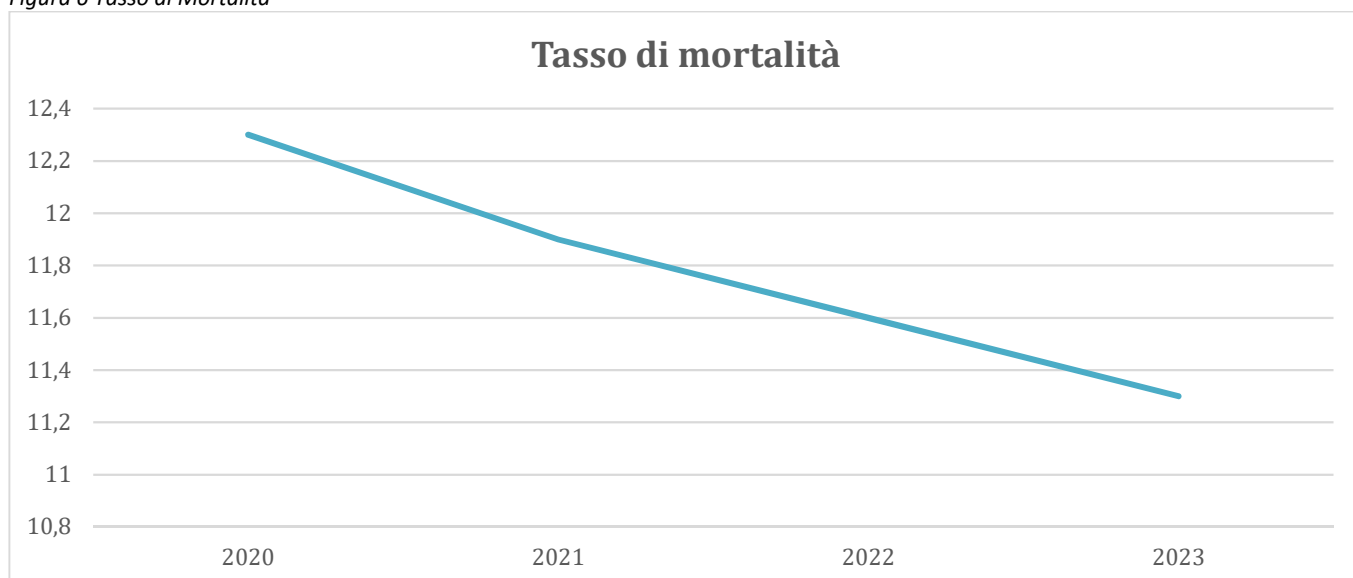


Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

Il tasso di mortalità è il rapporto del numero di deceduti sul totale della popolazione residente (*1000) nel periodo di riferimento. Secondo i dati preliminari dell'ISTAT per il 2023, la provincia di Sassari ha registrato un tasso di mortalità di 11,3 decessi per 1.000 abitanti. Per un confronto con gli anni precedenti, nel 2022 il tasso di mortalità era di 11,6 per 1.000 abitanti, mentre nel 2021 era di 11,9 per 1.000 abitanti. Questi dati indicano una leggera diminuzione del tasso di mortalità nella provincia di Sassari negli ultimi anni dopo la pandemia COVID 19

Si noti che i dati per il 2023 sono preliminari e potrebbero subire revisioni future.

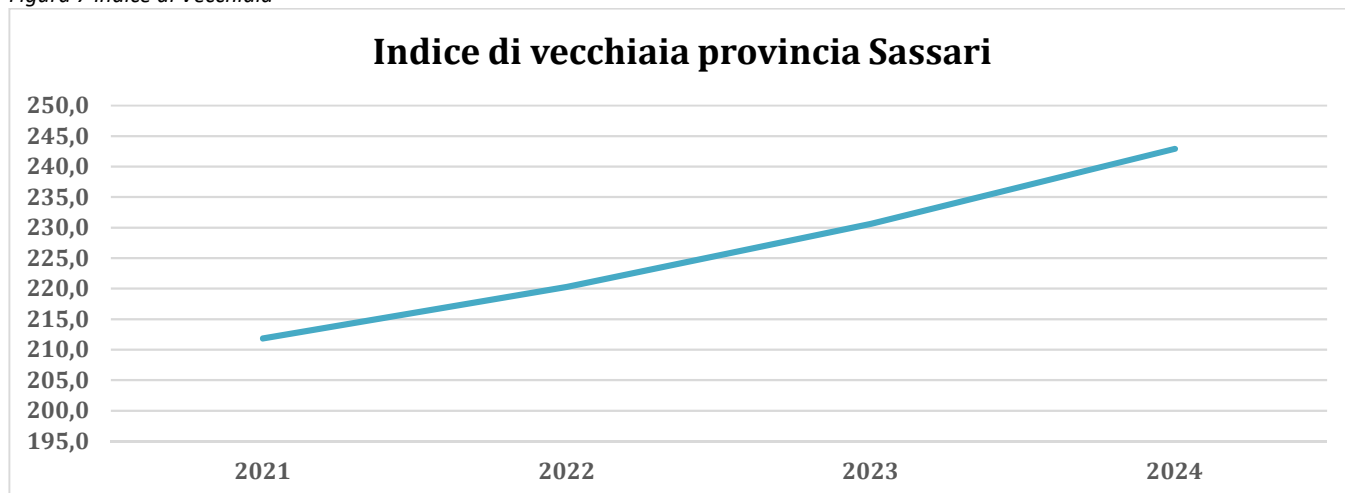
Figura 6 Tasso di Mortalità



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100. Nella provincia di Sassari tale indice è in costante aumento.

Figura 7 Indice di Vecchiaia



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

Il territorio presenta una distribuzione della popolazione disomogenea, con una concentrazione maggiore nei centri urbani principali. La fascia d'età prevalente è quella compresa tra i 14 e i 64 anni, ma l'invecchiamento progressivo richiede interventi specifici per la gestione delle patologie croniche e dei bisogni sanitari degli anziani.

I principali indicatori demografici, come il tasso di natalità e di mortalità, mostrano tendenze critiche: una natalità in calo e una mortalità ancora elevata, anche se in diminuzione rispetto agli anni della pandemia. L'indice di vecchiaia, variabile tra i distretti, rappresenta una sfida per l'organizzazione sanitaria, richiedendo strategie mirate per garantire equità di accesso e qualità delle cure.

3.1.3 CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno si focalizza sull'erogazione dei servizi sanitari, che avviene attraverso strutture pubbliche e private accreditate. Dal 2019 al 2023 si è osservata una graduale ripresa delle prestazioni ambulatoriali, pur non avendo ancora raggiunto i livelli pre-pandemia.

Le strutture ospedaliere e territoriali, inclusi i pronto soccorso e i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), sono impegnate nel garantire un'offerta sanitaria adeguata ai bisogni crescenti di una popolazione sempre più anziana e fragile. Tuttavia, permangono criticità legate alla carenza di risorse umane e tecnologiche, che rappresentano un ostacolo per il pieno raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

3.1.3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

Con riferimento all'attività clinica ambulatoriale erogata presso l'ASL di Sassari, i dati stimati e riferiti al 2023 mostrano una tendenza in linea con il 2022.

Tabella 3- Totale prestazioni ambulatoriali per erogatore

Tipo struttura	2019	2020	2021	2022	2023
Pubblico	1.863.410	1.231.321	1.654.846	1.561.315	1.519.344
Privato	485.400	441.458	629.188	550.024	593.760
Totale	2.348.707	1.724.562	2.284.034	2.111.339	2.113.104

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO non sono stati inseriti i dati 2024 in quanto non ancora consolidati

In particolare, il calo del 27% delle prestazioni ambulatoriali totali erogate tra il 2019 e il 2020 è quasi recuperato.

Figura 8 - Andamento prestazioni ambulatoriali



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO per l'anno 2023 i dati sono stati calcolati in proporzione ai dati del primo semestre 2023

Tabella 4 - Prestazioni ambulatoriali suddivise per branca specialistica

Anno	2020		2021		2022		2023	
Branca	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore
01 - Anestesia	3.976	296.165	4.739	364.358	2.678	203.237	4.350	184.421
02 - Cardiologia	47.759	1.097.236	61.191	1.487.931	53.977	1.268.387	58.082	1.402.793
03 - Chirurgia Generale	2.289	42.191	3.844	70.268	3.149	56.234	1.585	31.808
04 - Chirurgia Plastica	276	7.437	327	8.569	374	10.290	327	9.155
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	581	24.924	976	41.500	909	39.360	445	18.006
06 - Dermosifilopatia	4.524	80.097	5.378	97.194	5.052	87.573	1.523	27.293
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare	7	600	13	1.925	46	26.104	18	2.137
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	86.710	4.219.699	134.321	6.472.609	130.659	6.367.107	150.577	6.925.918
09 - Endocrinologia	18.187	246.324	23.817	323.052	21.571	284.679	4.614	97.273
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	4.426	127.949	5.014	125.020	3.705	108.287	8.527	446.491
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche	1.301.818	6.432.540	1.721.997	8.415.603	1.596.790	7.546.273	1.509.475	7.325.706
12 - Medicina Fisica E RRF	74.841	668.834	113.520	1.027.124	82.713	760.413	94.802	771.304

Anno	2020		2021		2022		2023	
Branca	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore
13 - Nefrologia	34.515	4.575.787	28.752	3.847.143	30.829	4.063.192	23.448	3.598.211
14 - Neurochirurgia	27	272	21	414	2	23	205	4325,76
15 - Neurologia	6.950	132.700	14.346	224.470	9.075	164.858	6.589	144.371
16 - Oculistica	20.327	3.638.904	27.853	5.591.362	27.241	4.420.456	26.269	3.189.334
17 - Odontostomat - Chirurgia Maxillo Facciale	10.808	246.173	11.773	263.952	11.672	250.336	9.977	214.510
18 - Oncologia	13.847	171.552	12.402	162.688	9.994	131.859	5.669	72.599
19 - Ortopedia E Traumatologia	13.177	315.379	16.393	419.939	14.343	346.554	8.729	307.165
20 - Ostetricia E Ginecologia	6.395	140.812	9.134	194.656	6.805	146.195	6.749	183.819
21 - Otorinolaringoiatria	9.996	156.034	12.120	186.196	16.703	247.935	10.055	125.099
22 - Pneumologia	4.878	82.177	7.724	129.656	7.326	128.642	7.127	132.366
23 - Psichiatria	31.356	548.330	37.612	658.386	11.380	146.792	5.462	95.231
24 - Radioterapia	7	1.006	9	279	0	0	1373	73015,72
25 - Urologia	3.641	75.968	5.291	130.906	3.558	84.495	166.728	2.810.345
26 - Altre Prestazioni*	21.224	356.672	25.467	478.453	60.788	1.172.619	399	37.501
non classificato	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale complessivo	1.722.542	23.685.763	2.284.034	30.723.652	2.111.339	28.061.899	2.113.104	28.230.197

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO,

Di seguito l'elenco delle strutture convenzionate con l'ASL 1 di Sassari.

Tabella 5 - Strutture Private

Centro Iperbarico Sassarese S.R.L. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Di Audiometria E Audioprotesi Della Dott.ssa Maria Antonietta Serra Sassari (090064 - Sassari)
Studio Dentistico Ventura S.R.L.S Del Dott. Gianfranco Ventura Sassari (090064 - Sassari)
Studio Di Fisioterapia Dott.ssa Paola Sardara Sassari (090064 - Sassari)
Studio Medico Chirurgico Odontoiatrico Dr. Pierluigi Allena Sassari (090064 - Sassari)
Laboratorio Analisi Leonardi Di Alberto Leonardi & C. S.A.S.-Porto Torres (090058 - Porto Torres)
Laboratorio Di Analisi Pasubio Sas Della Dott.ssa Daniela Chessa E C.-Sassari (090064 - Sassari)
Struttura Sanitaria Di Fisiocinesiterapia Studio Beta Di Ugo D'Alessandro-Sassari (090064 - Sassari)

Medicina Sportiva E Riabilitazione Fisioterapica Medical Center Srl - Thiesi (090071 - Thiesi)
Studio Di Ortopedia E Traumatologia Dott. Alicandri Gaetano Di Alicandri Silvia & C. S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Poliambulatorio Servizi Salute Benessere S.R.L. Sassari (090064 - Sassari)
Centro Fisioterapico S.R.L. Di Desole Teresa Sassari (090064 - Sassari)
Ambulatorio Di Fisiokinesiterapia Ares Medical Center S.R.L. di Fumu Elisabetta Sassari (090064 - Sassari)
Laboratorio Analisi Lab Nord S.A.S. Di Cavaglieri Maria Sassari (090064 - Sassari)
Laboratorio Analisi L.A.P. Srl Porto Torres (090058 - Porto Torres)
Laboratorio Analisi Sassarese S.R.L. L.A.S. Di Grixoni Gian Pietro - Sassari (090064 - Sassari)
Studio Cardiologico Marongiu Antonio Maria S.R.L. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Cardiologico Dott. Gianfranco Pittalis E C. S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Radiologico Ecografico Mulas Del Dott. Massimo Fiocca & C. S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Radiodiagnostica Srl Di Franco Urigo - Via Torino 26 Sassari (090064 - Sassari)
Studio Radiodiagnostica Srl Di Franco Urigo -Via Galleri 1 Sassari (090064 - Sassari)
Studio Dentistico Dott. Gian Franco Luigi Ventura S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Laboratori Clinical'S S.R.L.-Alghero (090003 - Alghero)
Struttura Di Rieducazione Motoria Società Tamponi F.K.T. Turritana S.R.L. Ittiri (090033 - Ittiri)
Studio Medico Laser Chirurgia Ambulatoriale Srl Di Nemati Fard Mohammad-Sassari (090064 - Sassari)
Centro Di Fisiokinesiterapia E Ortopedia Ditta Medicasa Del Dott. Alberto Mura Porto Torres (090058 - Porto Torres)
Policlinico Sassarese - Labor S.P.A. (090064 - Sassari)

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO aggiornato al 19/12/2023

3.1.3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera è erogata dalle strutture di Alghero e Ozieri che, insieme all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari, coprono tutto il fabbisogno assistenziale del territorio dell'ASL di Sassari. La media dei posti letto effettivi è di 229 al 31 dicembre 2023.

Tabella 6 - Posti letto assistenza ospedaliera

	POSTI LETTO/ANNO	2023			2022		
	DISCIPLINA	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE
ALGHERO	0901 - CHIRURGIA GENERALE	19	1	20	19	1	20
	0902 - CHIRURGIA GENERALE	4	1	5	0	0	0
	2601 - MEDICINA GENERALE	42	1	43	42	1	43
	3101 - NIDO	9	0	9	10	0	10
	3401 - OCULISTICA	0	2	2	0	2	2
	3701 - OSTETRICIA-GINECOL.	13	1	14	13	1	14
	3801 - OTORINOLARINGOIATRIA	10	0	10	10	0	10
	3901 - PEDIATRIA	7	2	9	8	2	10
	4001 - PSICHIATRIA	16	2	18	16	2	18
	4301 - UROLOGIA	6	2	8	6	2	8
	4901 - TER.INT. - RIANIMAZIONE	0	0	0	6	0	6
	6002 - LUNGODEGENTI	0	0	0	0	0	0
	6003 - LUNGODEGENTI	17	0	0	17	0	17
	6401 - ONCOLOGIA	0	5	0	0	5	5
OZIERI	0901 - CHIRURGIA GENERALE	9	1	10	9	1	10
	2601 - MEDICINA GENERALE	31	2	33	31	2	33
	2901 - NEFROLOGIA	4	1	5	4	1	5
	3201 - NEUROLOGIA	0	0	0	0	0	0

	POSTI LETTO/ANNO	2023			2022		
	DISCIPLINA	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE
	3203 - NEUROLOGIA	0	0	0	0	0	0
	3401 - OCULISTICA	0	1	1	0	1	1
	3601 - ORTOPEDIA-TRAUMAT.	15	1	16	15	1	16
	3701 - OSTETRICIA-GINECOL.	0	0	0	0	0	0
	3901 - PEDIATRIA	0	1	1	0	1	1
	6901 - RADIOLOGICA	0	0	0	0	0	0
	6969 - RADIOLOGICA	0	0	0	0	0	0
	TER.INT. - RIANIMAZIONE	0	0	0	0	0	0
	Totale	194	24	218	206	23	229

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati dei flussi informativi NSIS

Per un confronto dei dati sull'operatività ospedaliera, sono stati utilizzati gli ultimi tre esercizi al netto delle prestazioni erogate presso l'Ospedale Marino di Alghero che, come dettato dall'art. 8 della LR 24/2020, è stato trasferito all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari a decorrere dal 1° gennaio 2022. Dall'analisi dei dati emerge una tendenza positiva nel 2023.

Tabella 7 - Attività ospedaliera

RICOVERI ORDINARI									
STABILIMENTO	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2023	2023	2023
	DIMESSI	GIORNATE	VALORE	DIMESSI	GIORNATE	VALORE	DIMESSI	GIORNATE	VALORE
OSPEDALE CIVILE ALGHERO	3.819	9.517.758	32.572	4.756	11.021.213	33.792	5.579	39.829	13.029.754
OSPEDALE MARINO ALGHERO	792	3.844.312	11.159	442	1.920.362	5.133			
OSPEDALE CIVILE OZIERI	2.621	7.433.000	19.325	2.399	6.961.447	19.738	3.214	20.523	8.761.634

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO

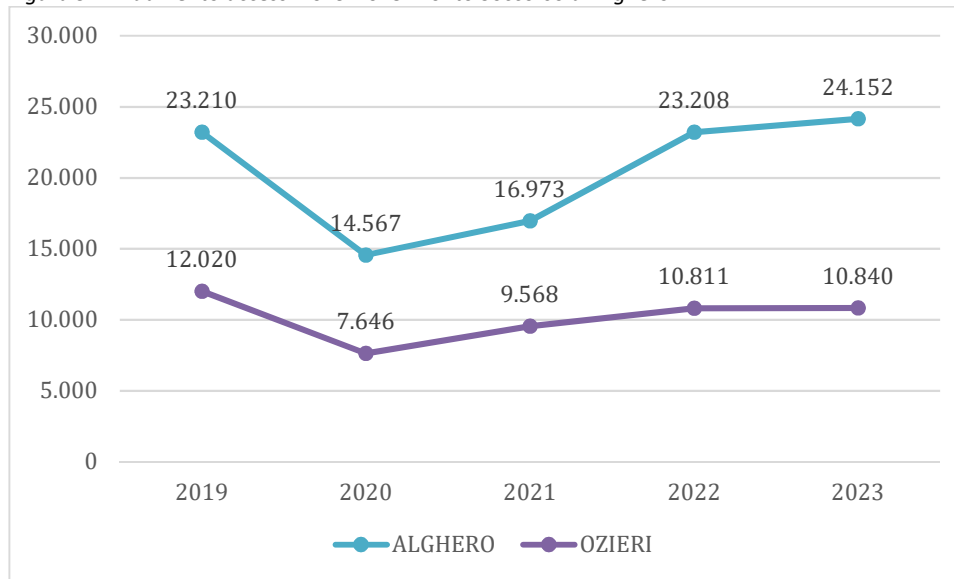
Nella ASL di Sassari sono presenti due strutture di pronto soccorso (PS), ubicate ad Alghero ed Ozieri. La riduzione degli accessi in PS durante la fase pandemica è documentata in tutto il mondo, ed è evidenziata dai dati relativi all'anno 2020 in cui si registra un calo degli accessi. Con la ripresa delle attività ordinarie, vi è stato un fisiologico aumento dei traumi e anche di altre patologie, che ha comportato un aumento degli accessi in PS, in particolare in quello di Alghero dove si registrano attività in linea con il 2019. I dati descrivono una risposta positiva dell'organizzazione ospedaliera che è riuscita a rispondere alle necessità degli utenti.

Tabella 8 - Andamento accessi PS

PS	2019	2020	2021	2022	2023
ALGHERO	23.210	14.567	16.973	23.208	24.152
OZIERI	12.020	7.646	9.568	10.811	10.840

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale PS

Figura 9 - Andamento accessi 2019-2023 Pronto Soccorso di Alghero

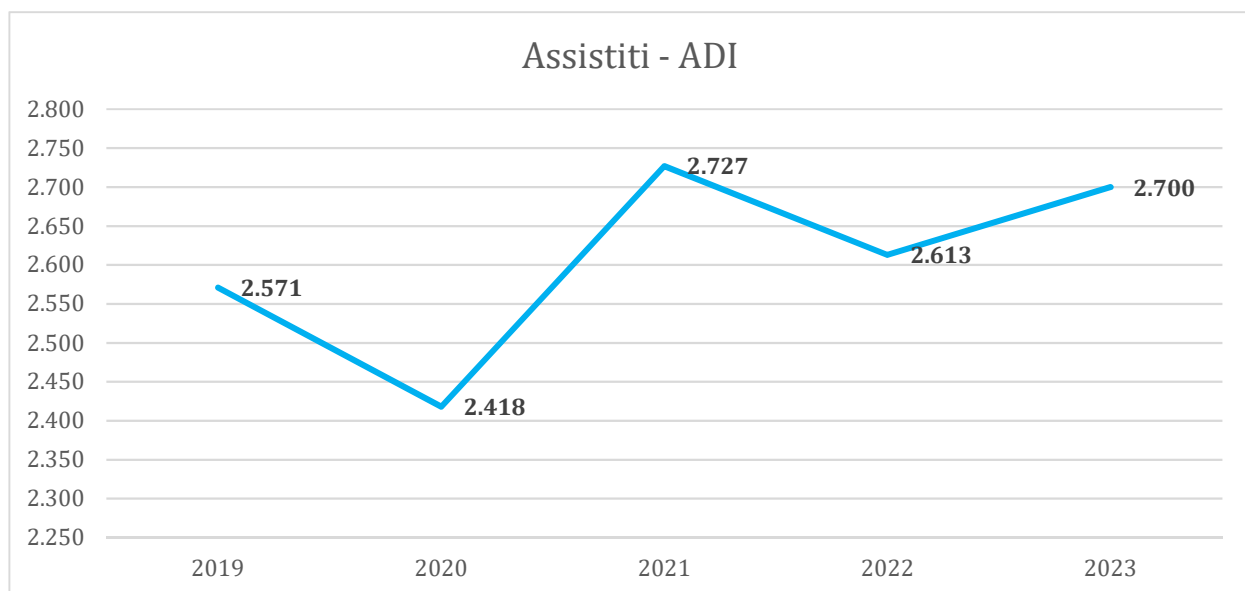


Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo PS

3.1.3.3 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è un insieme di servizi e interventi sociosanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione al fine di evitare, per quanto possibile, il ricovero in ospedale o la collocazione in una struttura residenziale. Come rilevato nella figura 6, al 2023 il numero di pazienti assistiti in ADI è di 2.700, in aumento leggero rispetto all'anno precedente.

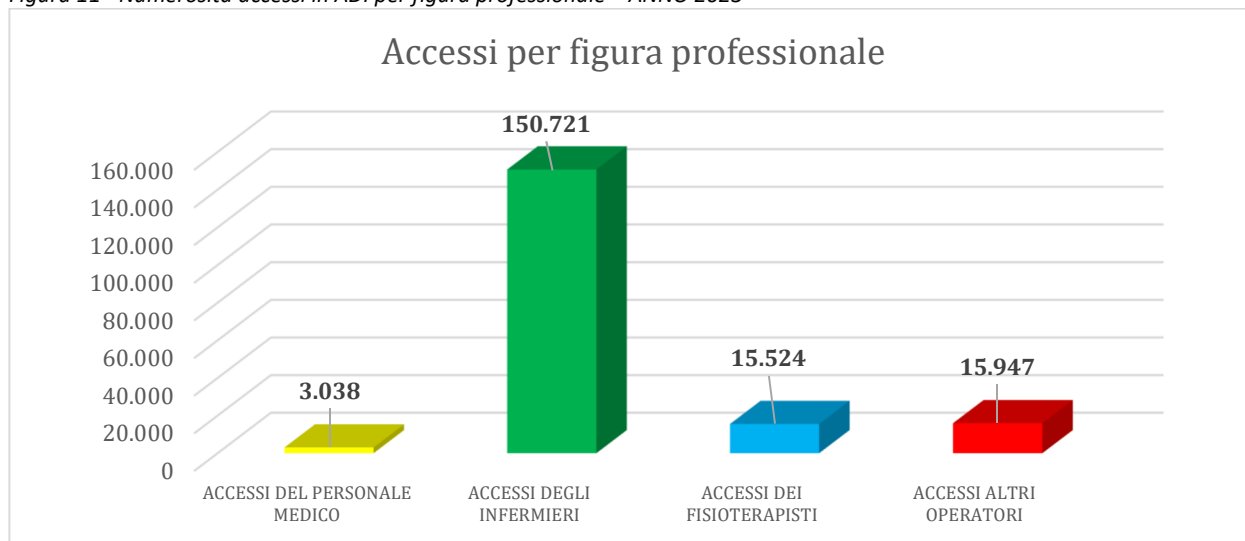
Figura 10 – Casi trattati in ADI



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ADI

Nel quadriennio considerato, il numero di accessi in ADI effettuati dalle principali categorie professionali coinvolte è passato da 115.132 nel 2019 a 185.230 nel 2023, con un incremento di oltre il 60%. La componente infermieristica è quella maggiormente coinvolta in quanto integrata con gli altri operatori in attività esclusiva di nursing, come evidenzia la tendenza nazionale.

Figura 11 - Numerosità accessi in ADI per figura professionale – ANNO 2023



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ADI

3.1.3.4 IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA

Il Dipartimento di Prevenzione – Area medica – ha, in generale, il compito di perseguire le finalità configuranti i livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 12.1.2017 – allegato 1, Prevenzione collettiva e sanità pubblica (al quale integralmente si rimanda). In un elenco sintetico e non esaustivo si indicano i seguenti compiti specifici, in quanto cardini della complessiva azione dipartimentale di Area medica:

- Promuove la salute e la prevenzione delle malattie
- Promuove gli stili di vita sani
- Realizza azioni di prevenzione degli stati morbosi acuti e cronici
- Individua e rimuove le cause di nocività e di malattia di origine ambientale e umana.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Prevenzione Area Medica sono le seguenti: SC Igiene e sanità pubblica (SIP); S.C. Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro (SPRESAL); S.C. Medicina legale; S.C. Prevenzione e promozione della salute; S.C. Igiene dell'alimentazione e della nutrizione (SIAN); S.S.D. Centro Epidemiologico e Registri di Patologia - CEA del Nord Sardegna e S.S.D. Salute e Ambiente.

Tabella 9 - Attività del servizio di igiene pubblica

Anno	Indagini epidemiologiche	Residenti vaccinati	Pareri richiesti	Pareri espressi
2021	0	267.172	617	615
2022	31	173.483	700	696
2023	272	72.538	418	407

Fonte: elaborazione SIP

Tabella 10 - Attività di screening oncologici organizzati

ANNO	CAMPAGNE DI SCREENING	ATTIVITA'	Screening Cervice Uterina	Screening mammografico	Screening Colon Retto
2020	3	Inviti di 1° livello	12.258	9.388	532
		Adesioni	3.785	3.960	80
		Tasso di adesione	12,19%	15,20%	1,03%
2021	3	Inviti di 1° livello	13.818	10.686	11.157
		Adesioni	5.028	6.249	3.658
		Tasso di adesione	16,33%	23,68%	7%
2022	3	Inviti di 1° livello	20.513	17.736	8.189

ANNO	CAMPAGNE DI SCREENING	ATTIVITA'	Screening Cervice Uterina	Screening mammografico	Screening Colon Retto
2023	3	Adesioni	7.243	5.446	1.991
		Tasso di adesione	23,78%	20,50%	3,80%
		Inviti di 1° livello	24.946	10.025	25.160
		Adesioni	8.325	4.814	6.938
		Tasso di adesione	33,37%	48%	27,57%

Fonte: programma sanitario 25-27

Tabella 11 - Attività SPRESAL

DESCRIZIONE	2021	2022	2023
N° malattie professionali	142	223	258
N° visite ex esposti all'amianto	412	336	285
N° visite (ricorsi contro giudizio d'idoneità, altre categorie lavorative)	52	41	43
N° infortuni presi in carico	53	58	64
N° cantieri ispezionati	312	353	312
N° aziende edili ispezionate	376	388	407
N° aziende agricole ispezionate	46	50	49
N° aziende altri comparti ispezionate	222	193	245
N° interventi di assistenza alle imprese (seminari, interventi informativi, corsi abilitanti e altro)	3	15	22
N° riscontri attraverso sportello informativo	22	35	41

Fonte: elaborazione SPRESAL

3.1.3.5 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA VETERINARIA

La Sanità Pubblica Veterinaria in Sardegna è particolarmente impegnata nel contrasto alle malattie infettive, specie alle zoonosi, e a quelle che determinano allarme sociale e impatto negativo sul comparto agro-zootecnico dell'Isola. Il Dipartimento è dotato di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione del personale e coordinamento di ogni attività di tutela la salute umana in relazione a patologie e problematiche correlate agli animali. Il dipartimento dipende gerarchicamente e funzionalmente dal ASL n. 1 di Sassari e, in via sperimentale per tre anni dall'approvazione dell'atto aziendale, svolge le proprie funzioni con l'ASL n. 2 della Gallura, garantendo i propri servizi per l'ambito territoriale del Nord Sardegna. Atto aziendale 39 3.

Il Dipartimento svolge principalmente le seguenti funzioni:

- Vigila e controlla la sanità degli allevamenti attraverso la lotta contro le malattie infettive e diffuse.
- È responsabile della protezione dei consumatori dalle insidie dei contaminati ambientali e dai presidi chimico-farmacologici i cui residui possono persistere negli alimenti di origine animale.
- Predisporre e attua i piani di risanamento o di eradicazione contro le malattie infettive e diffuse di origine animale.
- Gestisce l'anagrafe zootecnica assicurando l'identificazione degli animali e la rintracciabilità degli alimenti.
- Effettua il controllo delle malattie infettive e diffuse degli animali (da reddito, compagnia, esotici e selvatici) e dei diversi fattori che mettono in pericolo sia la salute dell'uomo sia quella degli animali che dell'ambiente, nell'ottica di un approccio cooperativo, multisettoriale e interdisciplinare denominato One Health.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Prevenzione Area Veterinaria sono le seguenti:

S.C. Sanità animale e anagrafi zootecniche [in ASL Sassari, competenza Sassari]; S.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale [in ASL

Sassari, competenza Sassari]; S.C. Randagismo e anagrafe animali da compagnia [in ASL Sassari, competenza Sassari-Gallura]; S.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche [in ASL Sassari, competenza Sassari]; S.S.D. Sanzioni igienico sanitarie [in ASL Sassari, competenza Sassari-Gallura] e S.S.D. Gestione e Controllo della qualità e della sicurezza alimentare di origine Animale [in ASL Sassari, competenza Sassari-Gallura].

Tabella 12- Attività Servizio di Sanità Animale

DESCRIZIONE	2020	2021	2022	2023
numero di prestazioni su portale BDN (anagrafe e SANAN)	975.553	828.216	818.189	1.222.976
numero di aziende controllate per Piani di risanamento	903	1.246	1.112	1.058
numero di aziende controllate per peste suina africana	877	1.039	466	254
numero controlli ufficiali Check list I&R	275	312	333	270

Fonte: elaborazione SANITA' ANIMALE

Tabella 13 - Attività Servizio SIAPZ

DESCRIZIONE	2020	2021	2022	2023
DUAP	652	670	717	585
Controlli ufficiali (Benessere, Condizionalità, Farmaco, Sicurezza alimentare, SOA)	477	608	717	1126
Autorizzazione trasporto animali	49	62	58	93
Campioni (PRR, PRAA, PRCUA, MBV, Additivi e Aromi, UVAC, Export)	164	418	333	313
Certificati Export	1106	1338	1382	1208

Fonte: elaborazione SIAPZ

Tabella 14 - Attività Servizio di SIAOA

DESCRIZIONE	2020	2021	2022	2023
Controlli ufficiali	651	271	923	708
Numero di campioni effettuati per ridurre i rischi chimici e batteriologici	252	178	164	196
Numero di stabilimenti categorizzati	104	22	136	176
Numero di campioni effettuati per ricerca residui	9	65	94	113

Fonte: elaborazione SIAOA

3.1.3.6 IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) rappresenta l'articolazione preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio e del disturbo psichico dei cittadini.

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) è responsabile delle funzioni ad esso assegnate dal DPR 1° novembre 1999 ("Approvazione del Progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000") ed in particolare:

- Delle attività di programmazione, promozione, attivazione, coordinamento e verifica delle attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione relativamente alla salute mentale e alle dipendenze patologiche in ogni età della vita
- Nel contrastare lo stigma e l'esclusione sociale che e i disturbi psichici e le condotte di abuso, specie se in comorbidità, possono determinare.

Le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del dipartimento di Salute Mentale sono svolte all'interno dei seguenti servizi:

- Centro di salute mentale (CSM);
- Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC);

- Servizio Dipendenze Patologiche (SERD);
- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza;
- Psichiatria forense;
- Psichiatria carceraria;
- Riabilitazione residenziale e semiresidenziale psichiatrica;
- Disturbi dello spettro autistico;
- Alcologia;
- Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (DAN).

Tali servizi garantiscono la presa in carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale. In tale contesto risulta fondamentale promuovere una cultura proattiva verso la Salute mentale che permetta di intercettare precocemente il bisogno, evitare l'acutizzazione del problema e favorire il recupero. Evoluzione culturale necessaria considerando che la salute mentale è una delle aree sanitarie più complesse poiché il suo perseguimento richiede una stretta integrazione del sistema sanitario con i servizi sociali, la rete relazionale dell'individuo e la società, nonché un notevole coordinamento tra la rete dei servizi sanitari stessi afferenti e non alla rete integrata per la salute mentale.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze sono le seguenti:

S.C. Centro di Salute Mentale (CSM) di Sassari e della Romangia; S.C. Centro di Salute Mentale (CSM) di Alghero, Coros, Villanova, Nurra occidentale; S.S.D. Centro di Salute Mentale (CSM) del Montacuto, Goceano, Anglona e Meilogu; S.C. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC); S.C. Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPI); S.C. Servizio Dipendenze Patologiche (SERD); S.S.D. Psichiatria Forense; S.S.D. Psichiatria carceraria; S.S.D. Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrica (SSRSP); S.S.D. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) di Alghero; S.S.D. Disturbi dello spettro autistico; S.S.D. Alcologia e S.S.D. Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (DAN).

Tabella 15 - Pazienti in carico al DSMD

TIPOLOGIA	N° PAZIENTI
PAZIENTI TOTALI I	7.204
PAZIENTI IN CARICO	6.596
NUOVI PAZIENTI	528
RIAMESSI	80

Fonte: elaborazione DSDM ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale

Tabella 16 - Prestazioni erogate dai CSM

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI CSM	VISITE 2023
CSM SASSARI	13.275
CSM OZIERI	1.483
CSM ALGHERO	3.860
DCA	336
UPNPIA	533
Totale	19.487

Fonte: elaborazione DSDM di Sassari su dati del sistema informativo aziendale

4 SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

4.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – VALORE PUBBLICO

Per valore pubblico si intende l'impatto dei servizi degli enti pubblici sul livello complessivo di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri *stakeholders*, così come specificato nelle Linee Guida per il Piano della performance di giugno 2017, pubblicato dall'Ufficio per la valutazione delle performance del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il valore pubblico ha, inoltre, una valenza bidimensionale in quanto, per la sua quantificazione, occorre fare riferimento non solo agli impatti esterni prodotti su cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alla dimensione interna all'Azienda, presso cui il miglioramento viene prodotto.

Nella configurazione dell'assetto aziendale e, in genere, nella propria attività, l'ASL di Sassari tiene in debita considerazione non solo la dimensione istituzionale e amministrativa ma anche il sistema politico, culturale e comportamentale di riferimento, e ciò al fine di rafforzare le condizioni sottostanti alla ricerca dell'economicità e della funzionalità dei propri servizi sanitari e socio-sanitari².

Dagli obiettivi strategici fissati dall'AGENDA 2030 dell'ONU, e, in particolare, dall'Obiettivo 3, *Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età*, emerge chiaramente che garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti, a tutte le età, è fondamentale per raggiungere lo sviluppo sostenibile di un Paese.

Promuovere la salute di una società significa investire non solo in ricerca medica, ma anche in politiche tese a rimuovere situazioni di disagio economico e sociale, nell'educazione alla salute e nella promozione di stili di vita sani.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) e i conseguenti Piani Regionali della Prevenzione (PRP) svolgono un ruolo fondamentale di *governance* e orientamento della prevenzione, favorendo l'integrazione tra le diverse azioni previste dalla normativa vigente o dai Piani di settore. Sia il PNP che il PRP rappresentano, inoltre, strumenti per dare concreta attuazione al Livello Essenziale di Assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica".

Il PNP per il quinquennio 2020-2025, approvato con l'Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6 agosto 2020 – recepita dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 67/3 del 31 dicembre 2020 – definisce la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la sanità pubblica. Con l'Intesa Stato-Regioni n. 51/CSR del 5 maggio 2021, in considerazione delle criticità connesse all'emergenza pandemica, sono state rimodulate le tempistiche relative alla successiva attività di definizione dei PRP da parte delle Regioni e Province Autonome previste dalla precedente Intesa n. 127/CSR del 6 agosto 2020.

La Regione Sardegna, nel quadro dei principi, delle priorità di intervento e dei criteri concordati in ambito nazionale, ha approvato, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 50/46 del 28.12.2021, il PRP 2020-2025 che, dando concreta attuazione a tutti gli obiettivi individuati nel PNP, rappresenta il quadro strategico di riferimento per le attività di prevenzione e di promozione della salute da realizzare nel contesto regionale. In coerenza con il PNP, il PRP 2020-2025 della Regione Sardegna è articolato in dieci Programmi Predefiniti (PP) e tre Programmi Liberi (PL); ciascun Programma è articolato in quattro Azioni trasversali (Intersectorialità, Formazione, Comunicazione ed Equità) e in Azioni specifiche.

L'ASL di Sassari è direttamente coinvolta, in particolar modo, nel PP5 – Sicurezza negli ambienti di vita, PP6 – Piano mirato di prevenzione, PP7 – Prevenzione in edilizia e agricoltura, PP8 - Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro, e PP9 Ambiente, clima e salute.

Sono state, inoltre, identificate ulteriori attività che possono avere un impatto positivo sugli stili di vita sani e sulla riduzione delle disuguaglianze nella salute e nei fattori di rischio per la salute; tali azioni sono

² Borgonovi E. (1996). Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea, Milano.

finalizzate a “ridurre le disuguaglianze di salute garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario”³, e vengono definite come:

- **Garantire un accesso equo alle cure.** L’ASL di Sassari si impegna a garantire un accesso equo alle cure attraverso l’implementazione della nuova rete territoriale prevista dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza). Questo progetto mira a rafforzare l’assistenza di prossimità mediante l’attivazione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, distribuiti strategicamente sul territorio per ridurre le disuguaglianze nell’accesso ai servizi sanitari. La rete territoriale consentirà una gestione più efficace e integrata dei bisogni di salute, migliorando la continuità assistenziale e garantendo un supporto rapido e mirato anche alle aree più isolate. Inoltre, l’introduzione di tecnologie avanzate, come la telemedicina, e il potenziamento delle risorse umane permetteranno di ottimizzare i percorsi di cura e facilitare l’inclusione di tutte le fasce della popolazione.
- **Aiutare a proteggere le persone dai fattori di rischio e dai comportamenti dannosi per la salute.** Ogni due secondi, nel mondo, una persona che ancora non ha compiuto settant’anni di età muore a causa di una malattia cronica non trasmissibile (MCNT): patologia cardiaca, cancro, diabete e patologia polmonare hanno superato la patologia infettiva come principali cause di morte a livello globale. Per evitare questi decessi prematuri, legata a fattori di rischio comportamentali (uso di tabacco, alimentazione non salutare, uso dannoso di alcol e inattività fisica), biologici (aumentata pressione sanguigna, sovrappeso e obesità, aumentato glucosio nel sangue e colesterolo) e ambientali (inquinamento dell’aria), che in gran parte possono essere corretti e evitati, la ASL di Sassari ha avviato dei percorsi rivolti alla promozione del benessere psicofisico della popolazione. Con riferimento al 2024 si possono citare: **a)** le iniziative avviate dall’ASL per il tramite del Servizio Dipendenze Patologiche che ha collaborato alla realizzazione al progetto “Dipende-Da-Te”, inserito all’interno del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 (PRP), che, in condivisione con tutte le Asl dell’Isola e attraverso la creazione di una Cabina di regia dei Servizi per le Dipendenze, mira a sviluppare il coordinamento delle azioni di prevenzione, di informazione, di comunicazione e di formazione, con l’obiettivo di qualificare le attività di prevenzione secondo standard europei e approcci *evidence-based*; **b)** la campagna di prevenzione e promozione mirata ad aumentare la consapevolezza delle donne e dei loro partner sui rischi legati all’assunzione di alcool in gravidanza e nel puerperio. Una campagna che interesserà tutto il Nord ovest della Sardegna, con il coinvolgimento della Clinica Ginecologica e Ostetrica afferenti alla Aou di Sassari, i Consultori per la Salute della Famiglia della Asl di Sassari e la Sc di Ostetricia e Ginecologia di Alghero.
- **Perseguire le indicazioni sugli obiettivi delle aziende sanitarie dettate dal Piano Regionale di Sviluppo (PRS).** Con DGR 4/13 del 22/01/2025 è stato pubblicato il PRS regionale, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi comprendenti le strategie contenute nel documento programmatico della Regione Sardegna. La ASL di Sassari ha previsto nelle schede di budget dei Direttori di Dipartimento e di SC l’assegnazione di 20 punti e per i Direttori di SSD di 15 punti che garantiscono l’orientamento delle attività per rispondere alle linee strategiche individuate nel PRS. Con questa strategia una volta definiti gli obiettivi specifici dei Direttori Generali di cui all’art. 36 della L.R. 24/2020 gli stessi entreranno a far parte del ciclo delle performance ed inseriti nelle schede di budget.
- **Attuazione del PNRR – Missione Salute.** Nel corso del 2024 l’Azienda ha proseguito i progetti avviati nel 2023 riferiti al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il quale rappresenta un fondamentale elemento per incidere sulla qualità della vita dei cittadini, al fine di:
 - adeguare il SSN ad un mutato contesto demografico ed epidemiologico, garantendo uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute, indipendentemente dal genere e dalle condizioni socioeconomiche;

³ Una vita sana e prospera per tutti cit., pp. 68-73

- rinnovare e rendere capillare l'offerta di salute sul territorio, secondo un modello di sanità di prossimità che garantisca la presa in carico dei pazienti e in particolare di quelli cronici e fragili, anche nelle zone rurali e periferiche;
- innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare la rete dei servizi e mettere in connessione professionisti e cittadini, investendo in ricerca e formazione del personale sanitario, per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

Con specifico riferimento alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, in linea con le disposizioni del DM 77/2022, l'ASL di Sassari nel triennio 2025-27 sta ridisegnando l'assetto e l'offerta dei distretti sociosanitari, puntando sul rafforzamento delle cure primarie e sulla rete multiprofessionale tramite le Case di Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC) e le Centrali Operative Territoriali (COT). L'entrata in funzione del nuovo modello rappresenta uno degli obiettivi strategici dell'ASL di Sassari, in linea con le *milestone* e i *target* del PNRR del livello regionale e nazionale.

Allo stesso modo l'ASL di Sassari, al fine di perseguire il pieno raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), degli standard del Piano Nazionale Esiti (PNE) e delle indicazioni dalla Regione Autonoma della Sardegna (RAS), definisce il piano della performance per le proprie strutture, collegando gli obiettivi clinici a quelli organizzativi e amministrativi. Tra questi rientra anche la prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza, quali leve per evitare l'erosione del valore pubblico.

4.1.1 PNRR: aspetti di Valore Pubblico

Di seguito si forniscono i dettagli su specifici aspetti rilevanti rispetto al Valore Pubblico, ed in particolare sui progetti del PNRR;

CASE DI COMUNITÀ (CdC)

La Casa della salute, declinata in Case della Comunità (CdC) dalla normativa nazionale, quale struttura ausiliaria territoriale del Servizio sanitario regionale, raccoglie l'offerta extraospedaliera e la integra con il servizio sociale. L'art. 44, comma 1 della L.R. 24/2020, sancisce che "La Regione, con l'obiettivo di qualificare l'assistenza territoriale al servizio della persona, di integrare i processi di cura e di garantire la continuità assistenziale, individua nella casa della salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi".

La CdC si configura come il punto di riferimento per la gestione del processo di integrazione dei servizi sanitari, sociali e di promozione della salute, sia in termini funzionali che strutturali e fisici. In essa operano team multidisciplinari e professionali, composti da MMG, PLS, medici specialistici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altri professionisti della salute (art. 44, comma 3, lett. c).

Con un investimento stanziato di circa 26,5 milioni di euro, l'ASL di Sassari ha avviato i cantieri per realizzare 10 CdC, secondo il modello Hub-Spoke definito nel DM 77/2022.

Tabella 17 - Elenco CdC ASL di Sassari

DISTRETTO	STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE	RISORSE
ALGHERO	POLIAMBULATORIO	HUB	ALGHERO	3.345.000 €
ALGHERO	OSPEDALE ALIVESI	SPOKE	ITTIRI	1.869.000 €
OZIERI	OSPEDALE SEGNI (CORPO C)	HUB	OZIERI	2.567.000 €
OZIERI	EX OSPEDALE MANAI	SPOKE	BONORVA	3.915.000 €
OZIERI	POLIAMBULATORIO	SPOKE	BONO	2.301.000 €
SASSARI	POLIAMBULATORIO	HUB	SASSARI	3.591.000 €
SASSARI	PRESIDIO SANITARIO CONTI	SPOKE	SASSARI	3.664.000 €
SASSARI	ANDRIOLU	SPOKE	PORTO TORRES	2.988.000 €
SASSARI	POLIAMBULATORIO	SPOKE	PERFUGAS	1.159.000 €
SASSARI	POLIAMBULATORIO	SPOKE	CASTELSARDO	1.159.000 €

DISTRETTO	STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE	RISORSE
TOTALE RISORSE				26.558.000 €

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

La COT svolge una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

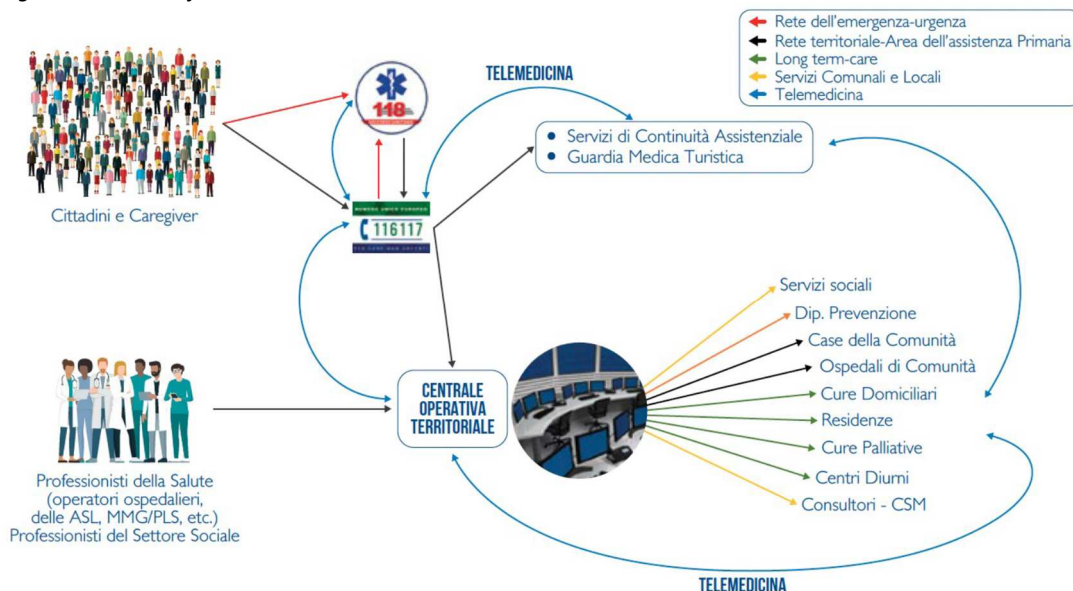
La COT costituisce pertanto uno strumento organizzativo innovativo e agisce in forte interconnessione con la UVT, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza (per il tramite del NEA 116117).

La COT offre supporto nella gestione e nell'assistenza delle persone che presentano bisogni sanitari e sociosanitari complessi, garantendo sostegno informativo e logistico e razionalizzando gli interventi grazie ad un più efficace coordinamento e all'implementazione della telemedicina e di tutti gli strumenti informatici e tecnologici necessari. Le COT, infatti, avendo come target specifico soprattutto le persone con cronicità complesse, fragili, non autosufficienti, persone con disabilità, con problemi afferenti alla salute mentale, malattie rare etc., agiscono come supporto alle azioni governate dai MMG e dai PLS per garantire una vera presa in carico e forniscono anche monitoraggio avanzato dei bisogni sanitari, utilizzando informazioni e dati per programmare azioni proattive.

All'interno del territorio dell'ASL di Sassari, secondo quanto stabilito con DGR 12/16 del 7 aprile 2022 e dalla successiva DGR 37/24 del 14 dicembre 2022, sono state realizzate due COT⁴ nei distretti di:

1. Sassari (ex archivio pal. H dell'ex ospedale psichiatrico Rizzeddu, Sassari);
2. Alghero (Presidio Alivesi a Ittiri, sede della CdC).

Figura 12 - Assetto funzionamento delle COT



Fonte: Piano Sanitario Aziendale 2023-25

OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)

L'Ospedale di comunità (OdC), come previsto dalla normativa vigente, svolge una funzione intermedia tra il domicilio, le Case di comunità e gli ospedali, con la fondamentale finalità di evitare i ricoveri impropri e di

⁴ La realizzazione delle COT rientra all'interno di quanto già disposto dall'Accordo Stato-Regioni del 2016, nonché degli ulteriori impegni europei per l'attivazione del Numero unico europeo per le cure mediche non urgenti 116117.

favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei ai bisogni sociosanitari del paziente e più prossimi al domicilio. Esso è destinato ai pazienti che necessitano di interventi sanitari a media e bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, massimo 15-30 giorni, che richiedono un'assistenza infermieristica anche notturna. L'Ospedale di comunità opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari ed è necessario prevedere procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale, valorizzando soprattutto la funzione di coordinamento e raccordo delle COT. A livello regionale, la legge di riforma sanitaria n. 24/2020, ai sensi dell'art. 45, comma 1, ha istituito 22 l'Ospedale di comunità (OsCo), prevenendo l'onere in capo alle ASL di organizzare "nell'ambito della programmazione e delle specifiche linee-guida regionali, uno o più ospedali di comunità, anche mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera e la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti oppure attraverso l'utilizzo di idonee strutture extra-ospedaliere".

Di seguito il dettaglio delle strutture che l'ASL n.1 intende attivare:

Tabella 18 - Interventi di realizzazione degli Ospedali di Comunità

DISTRETTO	STRUTTURA	COMUNE	RISORSE
SASSARI	SAN GIOVANNI BATTISTA	PLOAGHE	2.302.000 €
SASSARI	PRESIDIO SANITARIO TERRITORIALE CONTI" (PAD. D)	SASSARI	3.675.002 €
SASSARI	COMPLESSO EX VILLAGGIO SAN CAMILLO	SASSARI	2.458.700 €
OZIERI	OSPEDALE SEGNI (CORPO B)	OZIERI	2.922.000 €
TOTALE RISORSE PNRR			11.357.702 €

Fonte: Piano Triennale Opere Pubbliche 2023-25 ASL di Sassari

4.1.2 MIGLIORAMENTO DEGLI SCREENING ONCOLOGICI

Il miglioramento dei programmi di screening oncologico passa attraverso un approccio sistematico che coinvolge la rete territoriale e l'ottimizzazione dei processi gestionali.

Per lo screening del tumore della mammella, è fondamentale potenziare il coinvolgimento dei servizi diffusi sul territorio, come gli ambulatori diagnostici, per garantire un accesso più capillare e tempestivo. L'obiettivo è migliorare la gestione delle chiamate e delle adesioni, riducendo il tasso di non risposte e incertezze (inesitate), così da favorire un aumento delle diagnosi precoci e degli esiti positivi.

Per lo screening del tumore della cervice uterina, si prevede di rafforzare la collaborazione con i consultori familiari, promuovendone il ruolo attivo nella sensibilizzazione e nell'offerta del servizio. Contestualmente, è cruciale avviare campagne di informazione mirate per aumentare la consapevolezza e la partecipazione delle donne al programma.

Per lo screening del tumore del colon-retto, si intende migliorare la disponibilità delle colonscopie, incrementando il numero di strutture abilitate e riducendo i tempi di attesa. Tale strategia garantisce una maggiore efficacia del percorso diagnostico e terapeutico, assicurando una presa in carico tempestiva e una migliore qualità degli esiti clinici.

4.1.3 CRITICITA'

Attraverso una costante analisi svolta direttamente presso le Strutture e le articolazioni organizzative dell'Azienda si vuole far emergere i fattori di criticità esistenti, al fine di porre in essere le azioni correttive e promuovere le migliori condizioni per lo svolgimento delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

Le criticità principali individuate nel raggiungimento degli obiettivi del PIAO riguardano la gestione degli ospedali *spoke* e della rete territoriale, con la necessità di garantire la continuità operativa delle funzioni essenziali anche in presenza di guasti o carenze. Il concetto di "ridondanza" sottolinea l'importanza di predisporre componenti alternativi e indipendenti in grado di sopperire a eventuali malfunzionamenti. Da questo punto di vista è necessario che in particolare per grandi apparecchiature e sistemi e impianti strategici

per la garanzia del funzionamento dei servizi (come ad esempio impianti idrici, elettrici, ascensori, sistemi informativi) vengano predisposti sistemi di backup, per il superamento di problematiche e criticità legate che potrebbero compromettere il funzionamento delle strutture ospedaliere, distrettuali o di prevenzione. Ulteriori criticità emergono rispetto alle carenze di personale: a tal riguardo va evidenziato come le procedure reclutamento del personale, che spesso non consentono di rispondere alle esigenze manifestate dalle strutture, con ricadute significative su reparti cruciali quali nefrologia, cardiologia, medicina interna, chirurgia generale e pronto soccorso. Per affrontare tali criticità, ogni dipartimento ha fornito le principali problematiche riassunte in tabella, insieme alle azioni necessarie, di cui solo alcune in capo alla ASL di Sassari secondo quanto disposto dalla LR 24/2020.

Ambito	Criticità	Azione
Attrezzature sanitarie		
Rischio obsolescenza di diverse apparecchiature e attrezzature	Rischio di mancata erogazione di prestazioni	Necessità di programmazione chiara dei tempi di sostituzione
Attrezzature con necessità di manutenzione	Rischio di mancata erogazione di prestazioni a causa dei tempi di attesa lunghi per effettuare le manutenzioni necessarie	Piano di manutenzioni ordinarie e straordinarie
Mancanza di apparecchiature portatili per attività territoriali	Difficoltà nella risposta ai bisogni gestibili nel territorio/domicilio	Approvvigionamento strumenti e attrezzature portatili
Protesica: difficoltà nella disponibilità di ausili	Tempi delle gare regionali	
Impianti		
Impianti elettrici spesso non adeguati	Rischi di interruzione di erogazione della corrente elettrica e di esposizione a sovraccarichi o sbalzi di tensione per le apparecchiature	Programma di adeguamento degli impianti
Impianti idrici	Rischio di interruzione di erogazione dell'assistenza (es mancato utilizzo sale operatorie)	Programma di adeguamento degli impianti
Impianti di climatizzazione	Rischio di interruzione di erogazione dell'assistenza	Programma di adeguamento degli impianti
Ascensori e sistemi di montacarichi	Mancanza di sistemi di backup con rischi di interruzione della erogazione dei servizi sanitari	Programmazione di sistemi di backup in fase di progettazione
Ammodernamento degli edifici		
Attività di ammodernamento, anche collegate alle attività PNRR, con necessità di trasferimento in altri locali, anche temporaneamente	Gestione di trasferimento di reparti, personale e attrezzature e riorganizzazione dei servizi	
Grandi apparecchiature		
Grandi apparecchiature	Manutenzioni dirette o relative alle strutture o impianti di servizio	Programma di manutenzioni
	Mancanza backup per apparecchiature strategiche	Previsione di sistemi di backup in fase di progettazione
Sistemi informatici e informativi		
Software sanitari obsoleti o non disponibili e mancata implementazione della telemedicina	Rischio di diagnosi non sicure o affidabili, con rischio di mancata garanzia dei LEA	
Rete internet sia fisica che wifi (assenza di linea o lentezza di connessione)	Refertazione lenta, con incremento dei tempi di erogazione delle prestazioni. Mancanza dati di attività.	Implementazione delle reti
Digitalizzazione degli archivi cartacei	Rischio perdita documentazione, occupazione spazi	Gara regionale
Mancata implementazione della cartella ambulatoriale/infermieristica	Rallentamento delle procedure di alimentazione del FSE	
Sviluppo di sistemi a supporto dello Screening	Mancato rispetto degli obiettivi di prevenzione nazionali	Revisione e implementazione dei software con miglioramento delle anagrafiche e sviluppo di app specifiche
Risorse umane		
Reclutamento personale rispetto a specifici fabbisogni, sia per sostituzioni (pensionamenti) sia per garantire l'implementazione del PFP	Rischio di chiusura di attività per assenza di specifiche figure professionali	Procedure di reclutamento più veloci e rispetto delle richieste dell'Azienda

4.1.4 SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE E RISPARMIO ENERGETICO

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la Circolare 2/2022 di recepimento del Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022 dell'Unione Europea, ha introdotto delle misure per aumentare la sicurezza dell'approvvigionamento energetico, prevedendo la riduzione dei consumi di gas naturale fino al 31 marzo 2023. Inoltre, il Dipartimento ha fornito indicazioni operative nel documento "Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione".

L'ASL di Sassari, in base alle indicazioni fornite, ha studiato appositi obiettivi che permettono nel prossimo triennio di produrre economie derivanti dalla riduzione della spesa energetica. Essi sono speculari a:

- azione 1 "Formazione diretta e campagna di sensibilizzazione al personale delle amministrazioni pubbliche" già presente nel codice di comportamento aziendale;
- azione 2 "Rinnovo di impianti e apparecchiature";

4.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – PERFORMANCE

Ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs. 74/2017, "Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la *performance* con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti". Per *performance* si intende il risultato che un'organizzazione raggiunge, nel perseguimento delle proprie finalità e degli obiettivi posti, attraverso le proprie azioni e attività. La finalità è quella di conformare l'attività delle amministrazioni pubbliche ad un modello strategico integrato e sistemico, orientato ad attivare un processo di miglioramento continuo dell'efficacia ed efficienza dell'economicità con l'apertura alla partecipazione di stakeholder e contributor interni ed esterni. In termini di processo prevede:

- a) definizione e attribuzione degli obiettivi da raggiungere, specificando i risultati attesi (*target*) e i rispettivi indicatori, tenendo conto degli andamenti dell'anno precedente;
- b) allocazione delle risorse associate ai singoli obiettivi;
- c) monitoraggio in itinere e attivazione di possibili azioni correttive;
- d) misurazione e valutazione dei risultati, sia organizzativi che individuali;
- e) attivazione dei sistemi premianti, attraverso criteri di merito;
- f) rendicontazione agli organi di governo e controllo, interni ed esterni, ai cittadini e a tutti i principali portatori di interesse.

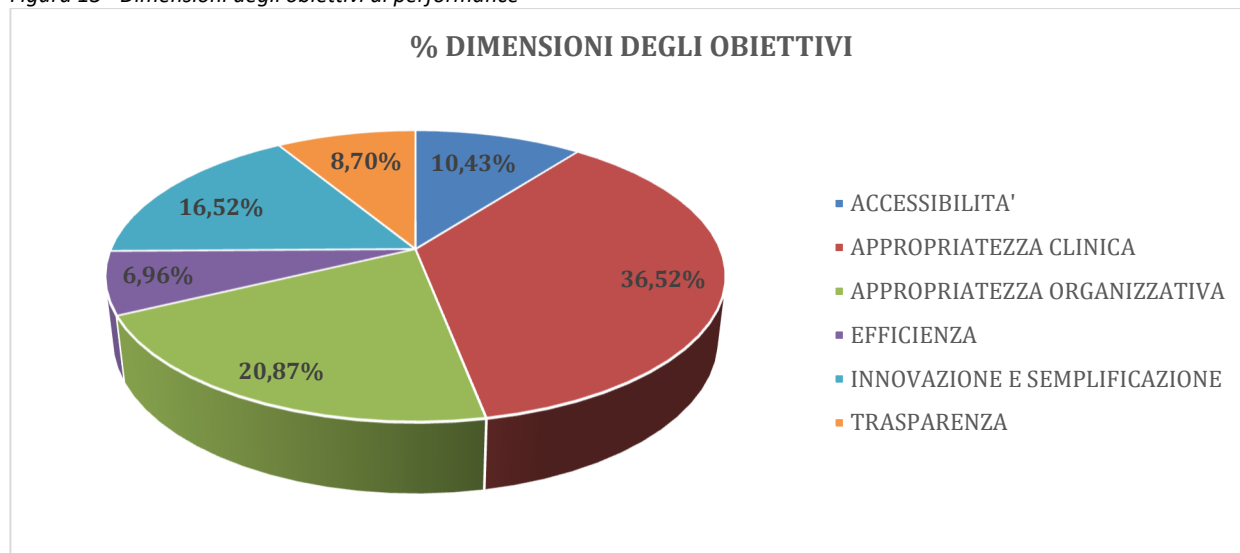
Attraverso il proprio sistema delle performance, la ASL di Sassari intende "*misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto ai propri obiettivi istituzionali (accountability), introducendo fra l'altro, a supporto dei processi decisionali, uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti*" (Agenas, 2022). In particolare, per massimizzare la soddisfazione dei bisogni sociosanitari espressi dalla popolazione, l'azienda persegue il miglioramento della qualità dei servizi offerti e la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del contributo dei singoli e delle unità organizzative, in un quadro di pari opportunità di diritti/doveri e di sostenibilità delle risorse impiegate. Obiettivi guidati dal concetto di valore pubblico che mira ad aumentare l'impatto dei servizi sulle diverse dimensioni di benessere degli utenti (economico, sociale, sanitario, ambientale). Valore che trova indirizzo anche nella programmazione sanitaria sovraordinata.

Il sistema delle performance dell'ASL di Sassari è stato sviluppato tenendo conto del processo di riforma della L.R. 24/2022 e della DGR 32/32 del 25 ottobre 2022. Nella programmazione del PIAO l'Azienda ha coinvolto Dipartimenti e le Strutture ad essi afferenti per definire un quadro di obiettivi strategici tesi al miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e dei processi amministrativi. Contestualmente, al fine di permettere una massima condivisione degli obiettivi, e per rispondere a quanto previsto dalla Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione del 28 novembre 2023 (che indica di diffondere gli obiettivi di budget entro la fine del mese di febbraio) la ASL di Sassari ha iniziato il processo di negoziazione con i Dipartimenti Sanitari e le strutture ad essi afferenti. Nel processo di definizione degli obiettivi, si è tenuto conto della dimensione degli obiettivi che la Regione Sardegna assegna al Direttore Generale, ed a tal fine le schede prevedono una quota di 20 punti (Dipartimenti ed SC) e di 15 punti (SSD), da destinarsi agli obiettivi assegnati al Direttore Generale.

4.2.1 DIMENSIONI STRATEGICHE

Il sistema delle performance dell'ASL di Sassari punta a incidere sul potenziamento della propria offerta, migliorando l'accessibilità dei servizi, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, l'efficienza organizzativa, l'innovazione e semplificazione dei processi e la trasparenza amministrativa.

Figura 13 - Dimensioni degli obiettivi di performance



Fonte: elaborazione P&C su piano delle performance aziendale

4.2.2 GLI OBIETTIVI STRATEGICI E ORGANIZZATIVI 2025

La performance organizzativa annuale, sia dell'azienda nel suo complesso che delle singole strutture interne, è l'elemento principale del presente Piano ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza ed economicità dei servizi. Nell'allegato 8 sono riportati in elenco gli obiettivi dell'ASL 1 di Sassari.

4.2.3 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La performance organizzativa dell'ASL di Sassari è la risultante del grado di raggiungimento degli obiettivi generali rispetto alla missione aziendale e di quelli di budget negoziati tra la Direzione Aziendale ed i Direttori delle diverse articolazioni organizzative. La performance individuale, invece, è l'insieme di:

- risultati, riferiti agli obiettivi annuali definiti;
- comportamenti che l'individuo mette in atto per raggiungere i risultati.

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

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

L'attività di valutazione è articolata in quattro fasi:

1. **CO-VALUTAZIONE:** il co-valutatore nei casi in cui è previsto esprime le valutazioni sugli item della scheda; nei casi in cui non è previsto il co-valutatore, la fase di co-valutazione non verrà effettuata e il processo partirà direttamente con la fase di Valutazione.

2. **VALUTAZIONE:** il valutatore, una volta chiusa la fase di co-valutazione, ove prevista, indica l'eventuale persona di supporto alla valutazione e successivamente esprime la valutazione sugli item di scheda.
3. **COMMENTI DEL VALUTATO:** il valutato prende visione della valutazione espressa nella scheda di valutazione e può esprimere un commento alla valutazione in un'apposita sezione della scheda di valutazione stessa.
4. **COLLOQUIO:** il valutatore, nella fase di colloquio, può variare la valutazione degli item della scheda nel caso in cui dal colloquio con il valutato siano emersi elementi rilevanti e significativi tali da apportare modifiche.

Alla chiusura dell'esercizio si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale dirigente e del comparto in base al Regolamento del Sistema di misurazione e valutazione della performance in vigore.

È in fase di approvazione il nuovo Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, che sostituisce il precedente mutuato dalla ex ATS a seguito dell'attuazione del processo di riforma di cui alla L.R. 24/2020, che sarà adottato per la gestione del Ciclo della performance 2024.

4.2.4 LA PARTECIPAZIONE DI CITTADINI E UTENTI AL PROCESSO DI PERFORMANCE

Le modifiche normative hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni e interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della performance organizzativa, richiedendo alle amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione. In particolare, con il D.lgs. 74/2017, il Legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione con riferimento al ciclo della performance, declinandola su tre cardini fondamentali:

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

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa (SMVP) concerne, in particolare:

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

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

4.3 PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

4.3.1 CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

La presente sottosezione è stata predisposta, perseguendo criteri di chiarezza e massima sinteticità, dal RPCT - Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo ai sensi della Legge n. 190 del 2012, formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico, come declinati nell'apposita sezione del presente PIAO ed in riferimento alle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito PNA) 2022 adottato dall'ANAC con la Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, consultabile al seguente link:

<https://www.anticorruzione.it/-/pna-2022-delibera-n.7-del-17.01.2023>

e nel relativo aggiornamento del 2023, adottato dall'ANAC con la Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, consultabile al seguente link:

<https://www.anticorruzione.it/-/aggiornamento-2023-del-piano-nazionale-anticorruzione-2022>

Al fine della predisposizione della presente sottosezione si è provveduto ad indire una pubblica consultazione volta a sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi (stakeholder) a formulare proposte/suggerimenti/osservazioni da valutare - anche alla luce delle recenti riforme e urgenze introdotte con il PNRR - al fine della predisposizione degli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

L'avviso dell'avvio dell'istruttoria pubblica, il modulo in formato editabile da utilizzare e l'informativa sul trattamento dei dati personali sono stati resi disponibili nella sottosezione "Prevenzione della corruzione" della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, consultabile al seguente link:

<https://www.asl1sassari.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/corruzione/>

Dell'avvio della pubblica consultazione è stato inoltre dato avviso anche nella sezione "Notizie" della homepage del sito web aziendale, sulla rete web interna "Intranet" gestita da ARES Sardegna, nonché sull'Albo Pretorio aziendale, sezione "Comunicazioni, Avvisi e Manifestazioni di interesse", consultabile al seguente link:

<https://www.asl1sassari.it/ap/anticorruzione-lavviso-per-partecipare-alla-pubblica-consultazione-2/>

I PROTAGONISTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

4.3.2 LA DIREZIONE AZIENDALE

La Direzione Aziendale è la prima protagonista delle attività di prevenzione della corruzione, assicurando il suo fondamentale sostegno all'azione del RPCT.

In particolare:

- nomina e supporta il RPCT;
- adotta il PIAO ed i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001, regolamenti per le sponsorizzazioni, atti di organizzazione dell'attività libero professionale);
- garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento a quelli organizzativi.

4.3.3 IL RPCT - RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA

Svolge nello specifico le seguenti attività e funzioni:

- elabora l'apposita sezione del PIAO relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, chedeve essere adottata dalla Direzione aziendale entro il 31 gennaio di ogni anno;
- pubblica il PIAO approvato nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" del sito *web* aziendale;
- definisce appropriate procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settoriparticolarmen te esposti alla corruzione;
- verifica l'attuazione del Piano e propone le dovute modifiche dello stesso laddove siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazioneo nell'attività dell'Amministrazione;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici prepostiallo svolgimento delle attività negli ambiti in cui è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- redige e pubblica sul sito *web* dell'Amministrazione la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta e cura la trasmissione della stessa alla Direzione Generale dell'Amministrazione e all'OIV. La suddetta relazione si basa anche sui rendiconti ricevuti dai dirigenti relativamente alle misure postein essere e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano stesso;
- si impegna a garantire la presa in carico delle segnalazioni *whistleblowing*, con l'effettuazione di adeguate verifiche e l'adozione dei provvedimenti disciplinari e/o delle denunce alle autorità competenti necessari sulla base dei risultati riscontrati.

Tenuto conto del delicato compito organizzativo e di raccordo, svolto dal RPCT, l'ASL n. 1 di Sassari si impegna ad assicurare allo stesso un appropriato supporto attraverso l'assegnazione di adeguate risorse professionali, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

4.3.4 I DIRIGENTI

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

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

Attualmente, gli incarichi di direzione dei Dipartimenti aziendali risultano temporanei, in attesa dell'espletamento delle procedure elettorali necessarie per l'attivazione dei Comitati di Dipartimento. Con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1414/2024, consultabile al seguente [link](#):

<https://www.asl1sassari.it/ap/deliberazione-del-direttore-generale-n-1414-del-11-12-2024/>

si è proceduto alla definitiva adozione del Regolamento di organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti aziendali, atto propedeutico dell'attivazione stabile delle relative strutture.

Espletate le procedure ivi previste, potrà attivarsi, attraverso il confronto e la condivisione fra l'Ufficio RPCT e gli stabili Responsabili delle strutture dipartimentali aziendali, una definitiva programmazione pluriennale in ordine all'individuazione dei rischi corruttivi e delle relative misure di prevenzione, nonché alla stabile definizione dei flussi informativi indispensabile per una corretta gestione delle attività inerenti la Trasparenza

4.3.5 L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE ED IL COLLEGIO SINDACALE

Nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza gli organismi di controllo interno, l'OIVed il Collegio Sindacale svolgono i seguenti compiti:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione con riferimento alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.Lgs. n. 33 del 2013);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento aziendale 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.

4.3.6 L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

L'ASL Sassari, con la Deliberazione n. 359 del 26 aprile 2023 ha adottato il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'UPD - Ufficio per i Procedimenti Disciplinari.

Successivamente si è provveduto, con la Deliberazione n. 548 del 6 giugno 2023, alla nomina dei relativi componenti e con la Deliberazione n. 1372 del 13/11/2024 alla sostituzione del Presidente dell'Ufficio.

Anche per l'anno 2024 è pertanto rimasta esecutiva la diretta applicazione, sia per il personale Dirigente che per il personale del Comparto Sanità, della normativa disciplinare, con lo svolgimento da parte dell'U.P.D. delle proprie funzioni come previsto dalle vigenti norme in materia e nello specifico:

- espletare i procedimenti disciplinari di competenza;
- provvedere alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- proporre l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale e relazionare semestralmente al RPCT sull'attività dell'Ufficio.

4.3.7 IL RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE

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

Nel 2025 proseguirà la declinazione di specifiche procedure operative per definire e sviluppare rapporti di collaborazione insieme al servizio aziendale della Formazione, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

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

Con riferimento alla formazione di base, si promuoverà nel 2025 la partecipazione del numero più elevato possibile di dipendenti alle attività formative a distanza (FAD), attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche che consentano la partecipazione a distanza.

Sarà cura del RPCT di prevedere sessioni formative che comportino test finali al fine dell'ottenimento dell'attestato di partecipazione.

4.3.8 IL PERSONALE DIPENDENTE E I COLLABORATORI DELL'AZIENDA

Prevenire la corruzione è un'azione collettiva che passa sicuramente attraverso l'impegno e la responsabilità di tutti i protagonisti che sin qui sono stati indicati, ma è in primo luogo un'azione sinergica di tutti coloro che operano a qualsiasi titolo nell'ASL n. 1 di Sassari. Moltissimi dipendenti e collaboratori svolgono infatti la propria attività a contatto con il pubblico, contribuendo a costruire l'immagine della ASL n. 1 di Sassari sia in termini sia positivi che negativi.

Appare evidente, pertanto, che la consapevolezza di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati deve assumere per tutti i dipendenti e per i collaboratori un'estrema importanza. Ciascun dipendente/collaboratore è tenuto quindi:

- a partecipare al processo di gestione del rischio;
- ad osservare le misure di prevenzione contenute nel Piano;
- 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'UPD, ovvero per il tramite della piattaforma aziendale *whistleblower*;
- a segnalare casi di personale conflitto di interessi;
- a segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- a tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

3.3.1.2 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RASA), IL RESPONSABILE PER L'ANTIRICICLAGGIO (RA) E IL RAPPRESENTANTE UNICO PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA (RUGLA)

Al mantenimento del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, partecipano anche le figure del RASA - Responsabile per l'Anagrafe delle Stazioni Appaltanti, del RA - Responsabile Antiriciclaggio, e del RUGLA - Rappresentante Unico per il Governo delle Liste di Attesa.

L'individuazione e la nomina del RASA è stata operata con Delibera n. 12 del 27/01/2022.

A breve si provvederà anche in ordine all'individuazione e alla nomina del RA, una volta attivate tutte le strutture aziendali interessate dalle relative funzioni dell'Ufficio, al fine di consentire una nomina per un congruo periodo di tempo che consenta una adeguata stabile programmazione delle attività del Responsabile dell'incarico.

La ASL n. 1 di Sassari ha provveduto altresì, ai sensi di legge, alla nomina del RUGLA, figura competente ai controlli interni riferiti ad un settore che, insieme alle attività di approvvigionamento di beni, servizi e lavori, presenta il maggiore livello di potenziali fenomeni corruttivi.

4.3.9 VALUTAZIONE DEL DIVERSO LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI CORRUZIONE DELLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI: INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO

Si premette che ad oggi, nella vigenza dell'attuale PIAO, non si sono verificati fatti corruttivi di rilevanza penale.

Sono viceversa intervenuti importanti cambiamenti dell'assetto organizzativo a seguito dell'approvazione e implementazione dell'Atto Aziendale.

Si è dato inizio alla istituzione e realizzazione delle nuove Strutture semplici/complesse e nuovi livelli organizzativi.

Nel solco dei PNA 2022 e 2023, l'**allegato 3** contiene rischi e misure specifiche e particolari con riferimento alle attività di appalto e contrattuali finanziate tramite il PNRR.

Dalle analisi effettuate, sono stati aggregati, conformemente alle aree di rischio generali e specifiche così come individuate dagli aggiornamenti al PNA e alle specificità emerse dall'esame del contesto esterno e interno, alcuni processi a medio e alto rischio di corruzione, sui quali è stata focalizzata l'attenzione al fine di individuare appropriate e concrete misure di prevenzione e riduzione del rischio.

In particolare, è stato valutato il grado di rischio dei principali processi connessi con le attività aziendali più rilevanti, con specifico riferimento alla probabilità (media e alta) che si verifichi un evento corruttivo.

Anche per il presente PIAO per la misurazione del rischio è stata utilizzata la stessa metodologia già in uso presso l'ex ATS Sardegna sin dal 2019, come illustrata nell'**allegato 1** alla presente sezione.

I livelli di rischio sono stati così definiti:

- Medio (normativa di principio, ridotta pubblicità, attività a media discrezionalità, controlli ridotti, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo). Nei casi in cui sia riscontrabile un livello di rischio medio, saranno assicurati controlli e verifiche semestrali, definizione di protocolli operativi o regolamenti e implementazione delle misure preventive specificatamente individuate.
- Alto (alta discrezionalità, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo, potere decisionale concentrato in capo a singole persone, rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi, rischio di danni alla salute in caso di abusi, notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi). Nelle attività in cui è previsto un alto livello di rischio, saranno effettuati controlli e verifiche trimestrali, saranno definiti i protocolli operativi e rafforzate le misure preventive specificatamente individuate.

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

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

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

4.4 MISURE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE

I PNA, e particolarmente quello del 2022, come ulteriormente aggiornato nel 2023, in riferimento alla fase di gestione dei fondi a valere sui progetti del PNRR, focalizzano essenzialmente tre obiettivi:

- Ridurre l'opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- Incentivare i controlli e quindi la possibilità di scoprire gli eventi corruttivi;

- Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

In adempimento alle previsioni del PNA, le misure di ordine generale che l'Azienda intende mettere in campo, al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne altre nell'eventualità si presentino nuove fattispecie corruttive durante il prossimo triennio, sono le seguenti:

- rotazione dei dipendenti;
- gestione del conflitto di interessi;
- monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- patto d'integrità negli affidamenti;
- trasparenza e pubblicazione degli atti;
- azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- gestione e monitoraggio del sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito tramite la piattaforma *whistleblower*.

Tali misure individuate saranno applicate con gradualità e/o più o meno integralmente in funzione della disponibilità delle risorse umane e organizzative necessarie.

4.4.1 ROTAZIONE DEI DIPENDENTI

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

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

Pertanto, la rotazione del personale oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e come misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici, in quanto favorisce l'acquisizione di competenze di carattere trasversale e professionalità volte al perseguimento delle finalità istituzionali, è altresì prevista in modo espresso dalla legge come misura di prevenzione della corruzione.

In particolare, la rotazione ordinaria, oltre che misura di contrasto dei rischi potenziali di tipo corruttivo, è leva organizzativa strategica in grado di favorire lo sviluppo di interessi e competenze.

4.4.2 CRITERI PER LA ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

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

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

La rotazione in diverso ambito territoriale dovrà avvenire, di norma, presso la sede più vicina a quella di provenienza al fine di ridurre al minimo il disagio del dipendente. Potrà riguardare in alcuni casi anche il personale non dirigenziale, specie se preposto allo svolgimento concreto di attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione; presuppone un'adeguata azione formativa e di aggiornamento continuo nei confronti dei soggetti che dovranno subentrare nelle attività e di quelli che dovranno essere assegnati ad altre competenze.

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

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

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

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

In linea generale, inoltre, devono essere previsti meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici, o ad elevato rischio.

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 dovrà essere facilitata e supportata da una pianificazione pluriennale delle iniziative formative con l'adozione di programmi orientati a contrastare le tendenze all'esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità.

In tale ottica l'Azienda potrà orientarsi anche verso l'adozione di sistemi di gestione interni che aggiungano valore alla valutazione delle performance e consentano di favorire l'effettivo sviluppo del capitale professionale potenziale.

4.4.3 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE DIRIGENZIALE

La rotazione dei dirigenti, in attuazione dei principi generali sopra declinati, si realizza per le aree per le quali, a discrezione della Direzione strategica e a seguito di una mappatura degli incarichi/funzioni apicali, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di assicurare continuità dell'azione amministrativa e

coerenza di indirizzo delle strutture, si prevede la possibilità di favorire lo sviluppo di nuove competenze anche - ma non soltanto - nelle aree alle quali afferiscono i processi a rischio individuati nel Piano, prevedendo l'alternanza fra i responsabili di Strutture Complesse, fra i Responsabili di Strutture Semplici, dei Responsabili di procedimento nonché dei Componenti delle commissioni di gara e di concorso.

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

4.4.4 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE

Il principio della rotazione si applica con gradualità anche al personale non dirigenziale, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, avendo cura di evitare discontinuità e rallentamenti nell'attività conseguenti a possibili interferenze con la rotazione del personale dirigenziale.

La rotazione si attua compatibilmente con le esigenze organizzative, le risorse disponibili e le attitudini specifiche richieste, seguendo una programmazione che tiene conto dell'esigenza di salvaguardare il buon andamento e la continuità dell'azione, al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e negli atti di competenza propria dell'Azienda.

La rotazione del personale è attuata e monitorata dal Direttore Responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente.

4.4.5 ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE

L'istituto della "rotazione straordinaria" è previsto dal D.Lgs. n. 165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di determinati fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione del personale a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva" al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Azienda.

Nel corso del 2024, non essendosi verificati fatti corruttivi, l'istituto non ha avuto alcuna applicazione.

4.4.6 TEMPISTICA ED IMMEDIATEZZA DEL PROVVEDIMENTO DI EVENTUALE ADOZIONE DELLA ROTAZIONE STRAORDINARIA

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

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

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

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

4.4.7 IL RAPPORTO TRA ROTAZIONE STRAORDINARIA E TRASFERIMENTO D'UFFICIO IN CASO DI RINVIO A GIUDIZIO

La rotazione straordinaria "*anticipa*" alla fase di avvio del procedimento penale la conseguenza consistente nel trasferimento ad altro ufficio.

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

4.5 CODICI DI COMPORTAMENTO NAZIONALE E AZIENDALE

Il 19 giugno 2013 è entrato in vigore il nuovo Codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 giugno 2013), che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Con D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023 si è provveduto all'aggiornamento del Codice nazionale, con entrata in vigore dalla data del 14 luglio 2023.

Le previsioni del Codice sono integrate dai Codici di comportamento di amministrazione adottati da ogni singolo ente pubblico. Il Codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni (definite dal D.Lgs. n. 165/2001), con estensione degli obblighi di condotta, per quanto possibile, a tutti i collaboratori o consulenti. La violazione degli obblighi contenuti nei Codici di comportamento costituisce fonte di responsabilità disciplinare.

L'ASL di Sassari ha adottato il proprio Codice di Comportamento con Delibera n. 717 del 13 luglio 2023; lo stesso risulta adeguato alle modifiche introdotte nel Codice Nazionale.

4.6 GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSE

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

Possibili situazioni di conflitto di interesse si possono creare quando, fra il dipendente ed i soggetti interessati alle 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 della Struttura competente ad adottare atti o provvedimenti, nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale, hanno l'obbligo di astensione, così come tutti i dipendenti che svolgano la propria attività nei processi aziendali a maggior rischio di corruzione. I medesimi soggetti hanno il dovere di segnalazione della possibile situazione di conflitto.

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

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

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile affiderà l'attività ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. In tale situazione, il Responsabile vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente chesi 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.

4.6.1 IL CONFLITTO DI INTERESSE NELLE PROCEDURE DI AFFIDAMENTO DI CONTRATTI PUBBLICI

L'ANAC, con Delibera n. 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. 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 realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato. La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del DPR n. 62/2013. In particolare, occorre valutare se la causa di astensione sia grave emetta in pericolo l'adempimento dei doveri di integrità, indipendenza e imparzialità del dipendente, considerando, altresì, il pregiudizio che potrebbe derivare al decoro e al prestigio dell'amministrazione di appartenenza. La stazione appaltante deve valutare tutte le circostanze del caso concreto, tenendo conto della propria organizzazione, della specifica procedura espletata nel caso di specie, dei compiti e delle funzioni svolte dal dipendente e degli interessi personali dello stesso.

Nel caso in cui il soggetto responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o nel caso di dirigente, il titolare del potere sostitutivo, accerti la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, lo stesso affida il procedimento ad un diverso funzionario dell'amministrazione oppure, in carenza di idonee figure professionali, lo avoca a sé stesso.

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

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

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

Per quanto riguarda l'esclusione dalle gare del concorrente, tra le misure atte a prevenire il rischio di interferenza, particolare attenzione sarà dedicata al rispetto degli obblighi di dichiarazione, di comunicazione e di astensione.

Sarà 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.

Il RPCT, in collaborazione con la Direzione Aziendale, fornirà informativa scritta ai dipendenti che operano nella Struttura aziendali interessate, sulle sanzioni applicabili in caso di omessa/falsa dichiarazione sulla

sussistenza di situazioni di rischio, individuabili nelle sanzioni disciplinari di cui all'art. 16 del D.P.R. n. 62/2013 oltre che nella responsabilità amministrativa e penale.

Saranno indicati ai dipendenti anche gli effetti della violazione delle disposizioni sul conflitto di interessi sul procedimento amministrativo e sul provvedimento conclusivo dello stesso.

4.6.2 IL NUOVO ART. 35-BIS DEL D.LGS. 165/2001

L'art. 35-bis del D.Lgs n. 165/2001, introdotto dalla Legge 190/2012, pone le condizioni ostative alla 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.

Si prevede al comma 1 che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- 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 soggetti pubblici e privati;
- non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

Con riferimento alla formazione di commissioni ed alle assegnazioni agli uffici di cui all'art. 35 bis del D.Lgs. 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 acquisisce tali dichiarazioni provvederà, anche con la collaborazione degli uffici preposti, alla messa in atto degli opportuni controlli finalizzati a verificare la veridicità di quanto dichiarato e provvederà a trasmettere relazione periodica al RPCT inerente la messa in atto della misura di prevenzione, con l'indicazione del numero di dichiarazioni acquisite, del numero di dichiarazioni per le quali sono stati richiesti i controlli e con l'indicazione delle determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo.

4.6.3 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 D.Lgs. 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 D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario"* e la delibera ANAC n. 833 del 03/08/2016 *"Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili"*.

L'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o

finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g).

L'obbligo suddetto, previsto dall'art. 20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

L'incompatibilità, invece, comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. h).

L'Azienda applica le seguenti misure di prevenzione:

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

4.6.4 SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO - ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

Nelle more dell'adozione di specifico regolamento aziendale in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali, si fa riferimento a quanto stabilito dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e, per il principio di continuità amministrativa, dal regolamento per la gestione del personale a suo tempo adottato dall'ex ATS Sardegna con deliberazione del Direttore Generale n. 1325 del 28 dicembre 2017, rinvenibile nella [specificata pagina web istituzionale](#).

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.

4.6.5 CONTROLLI E REGIME SANZIONATORIO

Nelle more dell'adozione di apposito regolamento aziendale, e dell'attivazioni di eventuale specifico servizioispettivo, l'osservanza delle disposizioni sul corretto svolgimento di incarichi di ufficio e di attività extraistituzionali è soggetta a verifiche effettuate anche a campione e/o mirate sui dipendenti da parte delle competenti Direzioni (Sanitaria e Amministrativa).

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

4.7 REVOLVING DOOR - DIVIETO DI PANTOUFLAGE

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs.

165/2001 che prevede il divieto, a carico dei dipendenti (sono da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo – cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015) che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi, l'Azienda consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa (vedasi **allegato 4**), con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa da inserire nel fascicolo personale del dipendente.

Occorre precisare che nel novero dei "poteri autoritativi e negoziali" rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono, unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari.

Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017) e che il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

4.8 PATTO D'INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

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

Per il principio di continuità amministrativa, la ASL di Sassari continuerà per l'anno 2025 a far riferimento, in quanto applicabili, ai modelli a suo tempo adottati con la delibera del Commissario Straordinario dell'ex ASL di Sassari n. 706 del 13 agosto 2015 (deliberazione del Direttore Generale n. 14 del 28 gennaio 2022), disponibile al seguente link:

<https://www.asl1sassari.it/ap/deliberazione-del-direttore-generale-dell-asl-n-1-di-sassari-n-14-del-28-01-2022/>

4.9 PROCEDURE PER LA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI

L'ASL n. 1 di Sassari attua un proprio programma di interventi formativi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Le attività di formazione si articoleranno su due livelli:

- il primo prevede la realizzazione di eventi formativi destinati a tutti i dipendenti e collaboratori dell'azienda da compiersi sia a livello centrale che a livello di articolazione aziendale sui temi dell'etica e della legalità, della conoscenza della normativa di riferimento sulla prevenzione della corruzione. Il processo di informazione/formazione dovrà essere facilitato e rafforzato dai Responsabili delle strutture.

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

Il RPCT in collaborazione con il responsabile aziendale della Formazione, attraverso la definizione del programma di formazione e la vigilanza sulla sua attuazione, assolve i propri obblighi circa l'individuazione delle procedure idonee per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione.

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

- Principi e valori etici in sanità pubblica con approfondimenti specifici per i diversi ambiti professionali;
- L'analisi del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e il codice disciplinare.

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

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

Nel corso del 2025 si proseguirà (compatibilmente con l'implementazione organizzativa a seguito del completamento dell'attuazione - ancora in corso - dell'Atto Aziendale), con iniziative di formazione/informazione di base rivolte ai dipendenti del Comparto sanità privilegiando quelle da remoto (FAD), e con interventi diretti del RPCT, con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di risorse possibili, privilegiando i neoassunti.

Verranno altresì programmati eventi formativi specifici per il personale delle aree a maggior rischio.

4.9.1 MONITORAGGIO EVENTI FORMATIVI SPONSORIZZATI

Nell'ambito della specificità dei percorsi formativi in sanità proseguirà nel corso del 2025 l'attenzione alla partecipazione dei dipendenti ad eventi di formazione o aggiornamento professionale sponsorizzati.

La fattispecie in oggetto trova applicazione soprattutto in relazione al personale dirigente medico e sanitario che, frequentemente, viene invitato a manifestazioni (congressi, convegni, etc.) organizzati direttamente o indirettamente da Aziende farmaceutiche o produttrici di presidi sanitari e sponsorizzati dalle stesse.

Il rischio specifico in relazione alla suddetta situazione è dato dal potenziale condizionamento, nei confronti di singoli professionisti o di equipe mediche, dei comportamenti prescrittivi ovvero, per quanto attiene alle sperimentazioni cliniche, alla possibile manipolazione di dati al fine di agevolare un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca, quote sul fatturato ovvero comparaggio).

Come noto i contratti collettivi nazionali di lavoro dell'area sanità riconoscono al dirigente medico la libertà di autodeterminare il proprio percorso di aggiornamento professionale facoltativo, scegliendo in autonomia iniziative formative, salvo obbligo di documentare debitamente la partecipazione alle stesse.

Ciò comporta che un eventuale diniego da parte dell'Azienda in ordine alla partecipazione del dipendente a particolari iniziative di aggiornamento professionale possa trovare giustificazione solo se fondato su basi oggettive, ovvero su comprovate esigenze di servizio; in caso contrario potrebbe determinarsi un ingiusto danno alla professionalità del dirigente, risarcibile in via giudiziaria.

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

4.10 GESTIONE E MONITORAGGIO DEL SISTEMA DI TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)

I dipendenti che segnalano illeciti di cui sono venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro e/o di collaborazione con l'azienda, sono tutelati ed è garantito il segreto in ordine alla relativa identificazione; sono pertanto vietati comportamenti ritorsivi, discriminatori e/o persecutori nei relativi confronti.

Restano incluse altresì le segnalazioni all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti, al proprio superiore gerarchico o al RPCT.

La piattaforma informatica *whistleblower* attivata in collaborazione con *Transparency International Italia*, in ottemperanza alla raccomandazione dei PNA consente di indirizzare la segnalazione in via diretta al RPCT, unico soggetto abilitato a ricevere e gestire la stessa.

Le segnalazioni saranno gestite dal RPCT ai sensi della vigente normativa e secondo le linee guida ANAC e del Garante Nazionale della *Privacy*.

La tutela dei denunciatori sarà supportata anche da un'attività di sensibilizzazione e di formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite.

La piattaforma è raggiungibile dai segnalanti al seguente indirizzo web: <https://www.asl1sassari.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/whistleblower/>

La materia del *whistleblowing* ha formato oggetto di specifica formazione in presenza, svolta direttamente dal RPCT, particolarmente a seguito delle novità normative in merito determinate dall'entrata in vigore, con il D.Lgs. n. 24 del 2023, dell'attuazione della Direttiva Europea n. 1937 del 2019.

Con tre eventi formativi svolti nel mese di novembre del 2024, sono state formate oltre 100 risorse appartenenti al ruolo degli Incarichi di Funzione (IFO ed IFP) e dei referenti Anticorruzione e Trasparenza in servizio nelle Strutture aziendali.

Nel corso del 2025, al fine di fornire alle persone segnalanti (*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, l'Ufficio RPCT provvederà alla predisposizione del Regolamento del *Whistleblowing* dell'ASL n. 1 di Sassari. Il regolamento verrà trasmesso alla Direzione Generale e alla S.C. Affari Generali, Comunicazione e Legali per l'adozione definitiva tramite Delibera.

4.11 OBBLIGHI DI INFORMAZIONE E COLLABORAZIONE NEI CONFRONTI DEL RPCT

Nei confronti del RPCT sussistono gli obblighi di informazione e di collaborazione 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.

Nella presente sottosezione 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 alle attività a più elevato rischio di corruzione.

Il RPCT è chiamato a vigilare sull'osservanza e l'attuazione delle misure medesime.

4.12 MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DELLA SEZIONE PTPCT

Con riferimento alla relazione che Il RPCT redige alla fine di ogni anno solare in ordine a quanto operato come di obbligo e competenza e pertanto recante i risultati dell'attività svolta e i risultati conseguiti, per l'anno in corso la stessa è stata prorogata alla data del 31 gennaio 2025.

La presente Sottosezione dovrà essere adeguata a seguito di modifiche organizzative che dovessero intervenire nel corso della sua validità.

4.13 IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

L'ASL n. 1 di Sassari ha definito i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la conseguente pubblicazione dei dati nella Sezione "*Amministrazione Trasparente*" del sito web aziendale (si veda lo schema **allegato 5** alla presente sottosezione).

In tale schema sono indicati i soggetti responsabili della trasmissione dei dati; gli stessi sono da intendersi quali servizi/uffici tenuti alla individuazione ed alla elaborazione dei dati, restando in capo all'Ufficio RPCT la materiale pubblicazione; ivi sono altresì indicati termini, frequenze e periodicità dei relativi aggiornamenti. Dalle risultanze del monitoraggio effettuato da parte dell'OIV, sul livello di adeguatezza della trasparenza, si evidenzia un deciso miglioramento nell'adempimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte dell'Azienda.

La pubblicazione di dati, informazioni e documenti è tempestiva quando viene effettuata entro n. 90 giorni dalla disponibilità definitiva di dati, informazioni e documenti (delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018).

4.14 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON LA SOCIETÀ CIVILE

L'ASL n. 1 di Sassari attiverà e promuoverà l'utilizzo di canali di ascolto in chiave propositiva da parte dei portatori di interesse e dei rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini rispetto all'azione dell'Azienda al fine di migliorare ed implementare la strategia di prevenzione della corruzione.

Verranno attivati canali dedicati alla segnalazione e confronto attraverso lo sviluppo degli strumenti di relazione con i cittadini.

L'ASL n. 1 di Sassari continuerà ad effettuare azioni di sviluppo dell'URP Aziendale e implementerà strumenti per la crescita sistematica del rapporto di comunicazione biunivoco con i cittadini attraverso azioni a carattere generale e di comunicazione (sviluppo canali dedicati, adesione a linea amica).

4.15 ACCESSO AGLI ATTI

Anche nel corso del 2024 è stato mantenuto e conseguito l'obiettivo relativo alla pubblicazione nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" delle informazioni per consentire agli interessati l'accesso documentale, civico e generalizzato, secondo le previsioni Regolamento aziendale.

4.16 ALLEGATI

Si allegano alla presente sottosezione, quale parte integrante e sostanziale, i seguenti documenti:

- 1) Allegato 1 Misurazione del Rischio
- 2) Allegato 2 Tabella rischi e misure
- 3) Allegato 3 Tabella rischi e misure PNRR
- 4) Allegato 4 Informativa *pantouflage*
- 5) Allegato 5 Obblighi di trasmissione e pubblicazione
- 6) Allegato 6 Normativa di riferimento

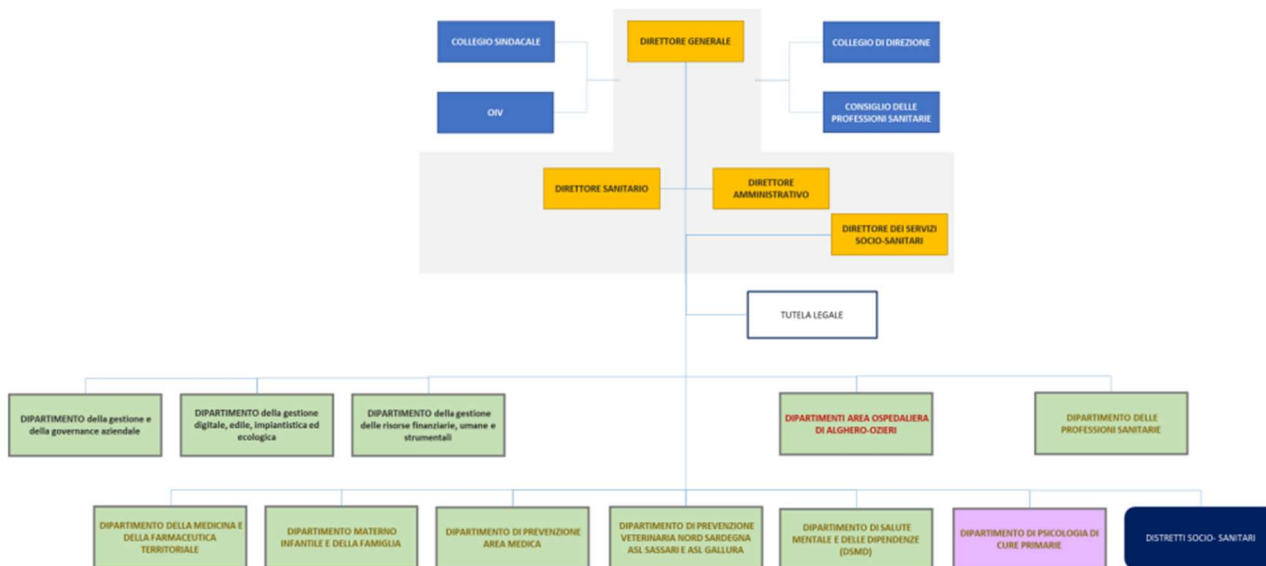
5 SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

5.1 SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – STRUTTURA ORGANIZZATIVA

5.1.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Come definito nel proprio Atto Aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n.1055 del 26/10/2023, l'assetto istituzionale dell'ASL di Sassari prevede la triade di direzione, coadiuvata da quella dei servizi sociosanitari, più gli organismi ausiliari e un'articolazione con 11 dipartimenti e 3 distretti sociosanitari.

Figura 14 - Organigramma ASL Sassari



Fonte: Atto Aziendale

L'organigramma aziendale quindi si fonda sulle seguenti tipologie di strutture:

- Dipartimenti strutturali, costituiti dalla aggregazione delle strutture complesse e di quelle semplici dipartimentali, in base all'art. 17-bis, comma 2, del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 16, comma 3, lett. f), della L.R. n. 24/2020, sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti;
- Strutture Complesse (SC), rappresentano l'articolazione interna dei Dipartimenti strutturali. Ciascuna struttura complessa fa parte di un solo Dipartimento e possiede autonomia tecnico-professionale e gestionale-organizzativa, coerentemente con le risorse e gli obiettivi assegnati in sede di attribuzione del budget;
- Strutture Semplici Dipartimentali (SSD), articolazioni in cui sono presenti competenze professionali e risorse finalizzate allo svolgimento di funzioni di particolare intensità che si caratterizzano per complessità organizzativa, specializzazione e valore economico;
- Strutture Semplici (SS), articolazioni che assicurano attività riconducibili a processi o fasi chiaramente individuabili tra quelli della struttura complessa di riferimento.

Il Direttore Generale, con la deliberazione di approvazione del funzionigramma n. 957 del 28/09/2023 ed integrata e parzialmente modificata con Deliberazione n. 1264 del 11/12/2023, identifica per ogni struttura complessa i seguenti elementi di dettaglio: livello organizzativo (SC, SS, SSD), livello gerarchico superiore, funzioni e competenze.

5.1.2 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Nella sezione III dell'Atto Aziendale trova specificazione l'organizzazione dell'ASL di Sassari.

L'area tecnico – amministrativa è dedicata al supporto delle attività di programmazione e controllo della direzione e alla definizione degli standard di funzionamento dell'azienda non direttamente coinvolte nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari. Nel rispetto delle funzioni stabilite dall'art. 3 della L.R. 24/2020, è articolata secondo la seguente struttura:

- Dipartimento della gestione della governance aziendale;
- Dipartimento della gestione digitale, edile, impiantistica ed ecologica;
- Dipartimento della gestione delle risorse finanziarie, umane e strumentali.

Con riferimento all'organizzazione dei servizi sanitari, essi si basano su:

- Presidi ospedalieri di Alghero e Ozieri, da intendersi quali strutture tecnico-funzionali, mediante la quale l'Azienda eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, in regime di ricovero in fase acuta e post acuta o in forma ambulatoriale alle persone affette da condizioni patologiche sia mediche che chirurgiche in fase acuta e post-acuta, nei diversi ambiti specialistici. Tali presidi rappresentano una configurazione di macro-struttura organizzativa dipartimentale, diretta dal Dipartimento della Direzione dei Presidi e dei Servizi, in merito all'appropriatezza, il rischio clinico e i relativi costi. Inoltre, si configurano i dipartimenti inter-presidio relativi a emergenza-urgenza, medicina e chirurgia specialista;
- Distretti sociosanitari di Sassari, Alghero e Ozieri, che costituiscono l'articolazione territoriale dell'Azienda e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale. Essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. I distretti governano la domanda sanitaria e organizzano l'assistenza primaria erogata dai servizi territoriali, promuovendo il coordinamento delle scelte di programmazione e partecipa alla gestione unitaria degli interventi di programmazione sociosanitaria integrata definiti in ambito di PLUS;
- Dipartimenti territoriali composti da professioni sanitarie, prevenzione area medica, prevenzione area veterinaria, salute mentale e dipendenze (DSMD), materno infantile e della famiglia, medicina e farmaceutica territoriale, psicologia di cure primarie.

5.2 SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Questa Sezione delinea l'organizzazione del lavoro agile (*smart working*), secondo quanto previsto dal D.L. n. 34/2020, convertito dalla L. n. 77/2020, il quale disponeva all'art. n. 263, per le Pubbliche Amministrazioni, la redazione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno, quale strumento di programmazione finalizzato a promuoverne l'attuazione in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa. Il Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha poi previsto che il POLA confluisca all'interno del PIAO.

5.2.1 QUADRO NORMATIVO – NORME DI RIFERIMENTO

Si richiamano le principali disposizioni, circolari applicative e linee di indirizzo in materia di lavoro agile:

- **La legge 7 agosto 2015, n. 124**, recante *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* (c.d. riforma Madia) che ha avviato una progressiva apertura nel pubblico impiego a forme alternative e flessibili del rapporto di lavoro, ispirate all'obiettivo di conciliare i tempi di vita e i tempi di lavoro (art. 14 comma 3). La norma ha altresì previsto sempre all'art. 14 l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare *“misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove*

modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera”.

- **La legge 22 maggio 2017, n.81**, recante *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”*, che al capo II (artt. 18-24) configura la disciplina del lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa. La prestazione lavorativa è eseguita in parte all’interno di locali aziendali e in parte all’esterno, senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Detta disciplina si applica anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, in quanto compatibile, come previsto dall’articolo 18 comma 3 della medesima legge. n. 81/2017;
- **Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017** avente ad oggetto: *“Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative”*;
- **Direttiva Presidenza del consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017** avente ad oggetto *“Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l’attuazione dell’art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”*;
- **La Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri** recante *“Linee guida in materia di lavoro agile”*, contenenti le prime indicazioni operative per l’attuazione graduale del lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni anche attraverso una fase iniziale di sperimentazione;
- **Art. 2 “Lavoro agile” del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020**;
- **Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** avente ad oggetto *“Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 nelle PPAA, di cui all’art.1 D.lgs. 165/2001, all’Art. 3 definisce le “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa”*;
- **Art. 18 co. 5 del D.L. n. 9 del 2 marzo 2020**, che modifica l’articolo 14 della Legge n. 124/2015, prima previsione del superamento del regime sperimentale per il lavoro agile nella pubblica amministrazione;
- **Il Decreto Legge n. 17 marzo 2020 n.18** e, nello specifico, l’articolo 87 che ha imposto ai datori di lavoro pubblici e privati, fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da covid - 19, di limitare la presenza del personale nei luoghi di lavoro per assicurare esclusivamente le attività ritenute indifferibili. La norma ha autorizzato il lavoro agile in modalità semplificata, prevedendo la possibilità in via eccezionale di derogare agli accordi individuali e agli obblighi informativi di cui alla citata legge 22 maggio 2017, n. 81 nonché di utilizzare gli strumenti informatici nella disponibilità del dipendente.
- **Art. 2 della Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** avente ad oggetto *“Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, recante “Misure di*

potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori ed imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19";

- **Il D.L. n. 34/2020, convertito dalla L. n. 77/2020**, il cui art. 263 dispone che le Pubbliche Amministrazioni entro il 31 gennaio di ciascun anno redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della Performance. Il POLA deve individuare le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, parimenti, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati
- **Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020** con il quale sono state individuate le misure di organizzazione del lavoro pubblico nel periodo emergenziale;
- **Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9 dicembre 2020** attraverso il quale sono state approvate le Linee Guida per l'adozione del POLA;
- **Direttiva n. 3/2020** *"Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell'evolversi della situazione epidemiologica da parte delle pubbliche amministrazioni"*;
- **Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, dicembre 2020 versione 1.0;**
- **Art. 1 "Disposizioni urgenti in materia di lavoro agile" del D.L. n. 56 del 30/04/2021** *"Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi"* - dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, adottato ai sensi dell'art. 87 comma 1 del D.L. 17 marzo 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, attraverso il quale è superato l'impiego del lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni, a decorrere dal 15 ottobre 2021;
- **Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell'8 ottobre 2021**, adottato in attuazione dell'art. 1 comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, attraverso il quale si dispone che le Pubbliche Amministrazioni riorganizzino il rientro in presenza del personale dipendente, con contestuale regolamentazione, attraverso accordi individuali, dei rapporti dei dipendenti in lavoro agile, in attesa della contrattazione collettiva nazionale;
- **Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche del 30 novembre 2021** nel quale si delineano gli aspetti fondamentali della regolamentazione del lavoro agile e da remoto in attesa della disciplina definitiva derivante dalla contrattazione collettiva.
- **Circolare del 5 gennaio 2022**, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità.

- **La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016** che ha influenzato la legislazione nazionale, concernente la creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale, al punto 48, evidenzia che il Parlamento “sostiene il <<lavoro agile>>, un approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione, che non richiede necessariamente al lavoratore di essere presente sul posto di lavoro o in un altro luogo predeterminato e gli consente di gestire il proprio orario di lavoro, garantendo comunque il rispetto del limite massimo di ore lavorative giornaliere e settimanali stabilito dalla Legge e dai contratti collettivi...”.
- **Il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 settembre 2021** *“Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni.*
- **La circolare 5 gennaio 2022**, a firma congiunta dei Ministri per la pubblica amministrazione e del lavoro e delle politiche sociali, contenente ulteriori indicazioni operative sulle modalità di svolgimento del lavoro agile.
- **Lo Schema di Linee guida in materia di lavoro agile** nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni.
- **La Legge 29 dicembre 2022 n. 197 (di Bilancio 2023)** ha prorogato sino al 31.03.2023 la possibilità per i “Lavoratori Fragili” di svolgere in via ordinaria la propria prestazione lavorativa.
- **La legge del 13/12/2024 n. 203** apporta modifiche al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e nello specifico all'art.14 introduce termini per le comunicazioni obbligatorie in materia di lavoro agile.

Le norme esposte e illustrate nella premessa, introducono nel nostro ordinamento una modalità innovativa di organizzazione del lavoro, caratterizzata da:

- a) flessibilità della prestazione in termini di luogo dell'effettuazione: la prestazione lavorativa è eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda e in parte all'esterno;
- b) flessibilità dell'orario di lavoro: la prestazione lavorativa è eseguita entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivante dalla norma e della contrattazione collettiva.

5.2.2 **PRINCIPI GENERALI**

Tutte le Pubbliche Amministrazioni sono ricorse all'utilizzo del lavoro in modalità agile a causa della situazione emergenziale da Covid-19 ed in virtù del fatto che tale modalità di lavoro fosse in grado di tutelare la salute dei lavoratori e, al tempo stesso, garantire la continuità dell'attività lavorativa grazie ad autonomia, flessibilità ed organizzazione delle attività attraverso obiettivi.

Previsto inizialmente come misura straordinaria dal D.L. n. 6/2020, nell'ambito delle attività considerate a rischio anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla L. n. 81 del 22.05.2017, successivamente è stato normato dal D.L. n. 18/2020 convertito nella L. n. 27/2020 il cui art. 87, ha individuato il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa per tutte le Pubbliche Amministrazioni *“fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-2019”*.

Con D.P.C.M. del 23.09.2021, poi, è stato stabilito che, con decorrenza 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa delle Pubbliche Amministrazioni dovesse essere nuovamente quella in presenza, fermo restando l'obbligo di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19. Successivamente, il D.P.C.M. dell'8.10.2021 ha disciplinato il rientro in presenza del personale delle Pubbliche Amministrazioni individuando anche le condizionalità ed i requisiti necessari, organizzativi ed individuali per utilizzare il lavoro agile in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini al fine di produrre un'adeguata qualità dei servizi.

Di non meno importanza la Circolare del 5 gennaio 2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità rapportati, ovviamente, alla situazione organizzativa di ciascuna Azienda e alle contingenze dei dipendenti della stessa. Pertanto, il ricorso al lavoro agile, seppur inizialmente sviluppatosi per questioni di natura emergenziale, può aprire la strada a concetti innovativi nell'ottica di un lavoro sempre più svincolato da una sede fisica di lavoro e da orari definiti ma non per questo meno professionale ed efficiente. Anzi, tale flessibilità, se ben organizzata, potrà essere in grado di migliorare la produttività attraverso l'incremento di autonomia, responsabilità nonché soddisfazione dei dipendenti.

5.2.3 **STATO DI ATTUAZIONE**

L'emergenza epidemiologica da Covid-19 ha impresso un'accelerazione alla sperimentazione del lavoro agile diventato *“modalità ordinaria”* di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, ai sensi dell'art. 87 del Decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, convertito, con modificazioni, in legge 24 aprile 2020, n. 27. Il lavoro agile adottato durante la prima fase emergenziale ha avuto caratteristiche e peculiarità differenziate rispetto a quello ordinario, disciplinato dalla legge 81/2017. In particolare, la nuova disciplina ha stabilito modalità applicative semplificate, come ad esempio l'assenza di accordo tra le parti e l'assolvimento in via telematica massiva degli obblighi di informativa. Successivamente, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di cambiamento delle ordinarie modalità di lavoro, è subentrato il Decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (cd. *“Decreto Rilancio”*), convertito con modificazioni nella legge n. 77 del 17 luglio 2020, con la finalità di adeguare le misure di limitazione delle presenze del personale delle pubbliche amministrazioni sul luogo di lavoro alle esigenze della progressiva completa riapertura di tutti gli Uffici pubblici e al graduale riavvio delle attività.

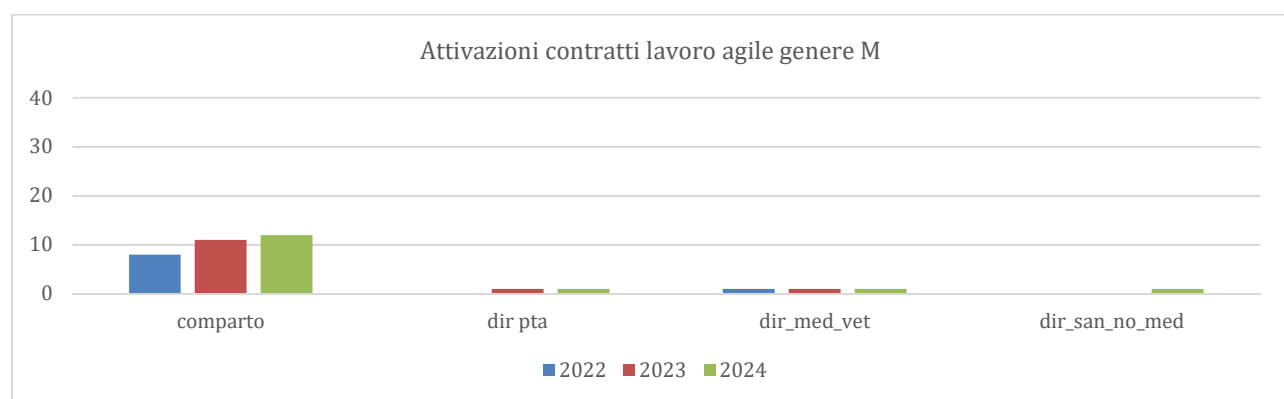
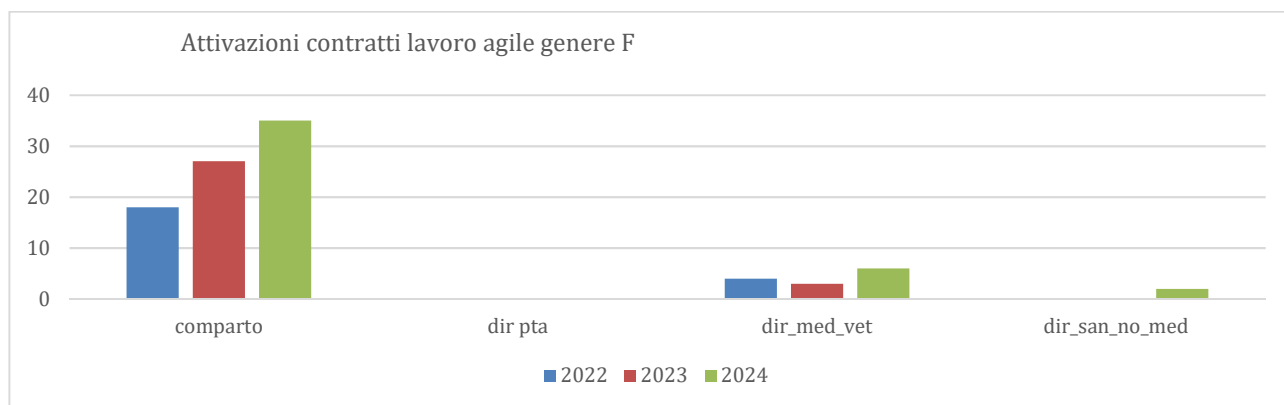
Successivamente, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 ottobre 2021 ha individuato le modalità organizzative per il rientro in presenza del personale in servizio nelle pubbliche amministrazioni. Infine, in considerazione del rischio sanitario relazionato al protrarsi della diffusione pandemica da COVID-19 è stata disposta un'ulteriore proroga dello stato di emergenza sino al 31 marzo 2022 e con Circolare 5 gennaio

2022, a firma congiunta dei Ministri per la pubblica amministrazione e del lavoro e delle politiche sociali, sono state fornite ulteriori indicazioni operative sulle modalità di svolgimento del lavoro agile. L'innovazione apportata dal lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni è monitorata e supportata dall'Osservatorio Nazionale del Lavoro Agile, istituito con l'art. 263 del Decreto legge n. 34 del 2020

L'analisi dell'applicazione dell'istituto del lavoro agile è riferita alle Macrostrutture della ASL di Sassari, a decorrere dal 1° gennaio 2022. L'andamento di utilizzo del lavoro agile è stato periodicamente monitorato e, di seguito, si riporta un prospetto e una rappresentazione grafica dei dati concernenti il personale impegnato in detta modalità di attività negli anni 2022, 2023 e 2024.

Tabella 19 – N° contratti individuali di lavoro agile attivi nel corso del 2022-2023-2024, diviso per genere

Tipologia dipendente	2022		2022 Totale	2023		2023 Totale	2024		2024 Totale
	F	M		F	M		F	M	
Dirig.Medico/Veterinaria	4	1	5	3	1	4	6	1	7
Dirig.Sanitaria non medica	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Comparto	18	8	26	27	11	38	35	12	47
Totale complessivo	22	9	31	30	13	43	43	15	58





Dall'analisi emerge un progressivo incremento dell'attivazione e utilizzazione dell'istituto del lavoro agile con netta prevalenza da parte della forza lavoro di sesso femminile.

Contrariamente alle previsioni del nel corso del 2024 non è stato possibile implementare un nuovo regolamento sul Lavoro Agile, azione che viene riproposta per il corrente anno 2025.

5.2.4 **CONDIZIONALITA' DEL LAVORO AGILE**

I requisiti perché l'attività lavorativa possa essere eseguita in modalità di lavoro agile sono i seguenti:

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

In attuazione del Piano sperimentale del lavoro agile si è proceduto a una mappatura delle linee di attività delle Strutture coinvolte, con metodologia deduttiva, basata sul funzionigramma aziendale. Così è emerso che la maggior parte delle attività di natura amministrativa può essere svolta in modalità agile. In particolare, si tratta di attività comuni a molte strutture, come ad esempio:

- attività di protocollazione atti in entrata e uscita;
- attività di trasmissione documenti in uscita (a mezzo PEC o per mezzo di posta ordinaria);
- attività di archiviazione elettronica di documenti e atti;
- attività di analisi, studio e ricerca;
- attività di modellazione dei dati e reportistica;
- attività di monitoraggio dati e documenti, pertinenti con le competenze delle strutture;
- redazione di atti giuridico - amministrativi;
- provvedimenti amministrativi, pareri, atti normativi e circolari, memorie difensive, verbali, procedure operative standard e revisioni delle stesse;

- attività di validazione delle domande presentate per i procedimenti ad iniziativa di parte;
- attività di valutazione della documentazione presentata a corredo dei procedimenti a iniziativa d'ufficio e a iniziativa di parte;
- attività di rassegna stampa e aggiornamento sito istituzionale;
- attività d'informazione sui farmaci agli operatori sanitari;
- attività di formazione al personale;
- attività di notifica telematica di provvedimenti amministrativi autorizzativi;
- attività di gestione giuridica ed economica del personale;
- organizzazione e gestione delle procedure di assunzione;
- attività in materia di gestione del bilancio economico e finanziario;
- adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza e pubblicità;
- gestione flussi informativi: sistema documentale, posta elettronica, protocollazione di atti anche cartacei;
- attività in materia di economato, contrattualistica, approvvigionamento beni e servizi, ottimizzazione spazi allocativi
- attività di gestione gare e contratti;
- attività in materia di anticorruzione e trasparenza;
- attività correlate al Ciclo della Performance;
- attività di supporto per la pianificazione strategica, l'elaborazione degli obiettivi e il controllo di gestione (contabilità finanziaria ed economico gestionale);
- gestione delle procedure a supporto del contenzioso giudiziale e stragiudiziale.

5.2.5 **MODALITA' ATTUATIVE**

Nella redazione del presente documento si è tenuto conto delle Linee guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, secondo cui il POLA è un documento dinamico, da aggiornare annualmente, con obiettivi e indicatori misurabili, con l'intendimento di attuare un'azione di revisione complessiva della disciplina del lavoro pubblico per quanto concerne il profilo organizzativo, introducendo modelli di lavoro non più basati esclusivamente sulla presenza fisica negli uffici.

5.2.6 **GLI OBIETTIVI DEL LAVORO AGILE**

L'Amministrazione, a seguito dell'esperienza maturata durante l'emergenza sanitaria, ha fissato, in materia di lavoro agile per il triennio di riferimento, i seguenti obiettivi principali:

- favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e accrescere il benessere organizzativo;
- promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, in un'ottica d'incremento della produttività;
- garantire la non discriminazione e le pari opportunità tra uomo e donna nell'accesso allo smart working;
- aumento della produttività e qualità del lavoro;
- acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza;
- riduzione delle assenze dal servizio;
- maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi aziendali e personali, maggiore flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso l'uso equilibrato delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione;
- maggior benessere organizzativo;

- diffusione di una cultura organizzativa basata sulla collaborazione finalizzata al raggiungimento dei risultati;
- promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- impulso alla diffusione e utilizzo delle tecnologie digitali;
- realizzare economie di gestione attraverso l'impiego flessibile delle risorse umane e la razionalizzazione degli spazi e delle risorse strumentali;
- digitalizzazione dei processi chiave e dematerializzazione documentale estesa;
- favorire la mobilità sostenibile tramite riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, anche nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e percorrenza.

Il lavoro agile deve intendersi come uno strumento che mira all'incremento della produttività. Ne deriva una stretta correlazione alla "performance organizzativa" e alla "performance individuale", così come definite dal SMVP (Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance). È quindi necessario selezionare anche appositi set d'indicatori atti a misurare la performance nelle sue diverse dimensioni: performance organizzativa e performance individuale.

Secondo le indicazioni delle Linee Guida, l'analisi è condotta in relazione ai quattro fattori sotto riportati e agli obiettivi e/o correlati indicatori che costituiscono le condizioni abilitanti del lavoro agile, da sottoporre a monitoraggio periodico:

- salute organizzativa
- salute professionale
- salute digitale
- salute economico finanziaria

Nell'anno 2022 l'azienda ha dato avvio alla fase di sperimentazione del lavoro agile ordinario, adottando la circolare dispositiva dell'ex ATS Sardegna PG/2021/0358059 del 03.11.2021.

La disposizione organizzativa ha delineato i tratti distintivi della modalità di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza nonché le misure organizzative, nel rispetto delle norme e dei principi in tema di sicurezza sul luogo di lavoro, tutela della riservatezza dei dati e verifica dell'adempimento della prestazione lavorativa. Inoltre, il medesimo atto organizzativo ha previsto la soglia del 15 per cento del personale in modalità flessibile per l'anno 2023 che con il presente atto si conferma anche per il 2025.

5.2.7 FATTORI ABILITANTI

5.2.7.1 PROCESSI E STRUMENTI

Il lavoro agile s'incardina nell'ambito del rapporto di lavoro subordinato, come alternanza di attività svolta in parte all'interno e in parte fuori la sede dell'Azienda. Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 settembre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Amministrazioni pubbliche, a decorrere dal 15 ottobre 2021, è quella svolta in presenza. Il successivo Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica dell'8 ottobre 2021, rimodula i requisiti per l'applicazione del lavoro agile.

In attesa della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi allo *smart working*, lo svolgimento della prestazione in modalità agile è subordinata a otto specifiche condizioni:

- non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- è necessaria un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, "dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza rispetto a quella da remoto";

- è necessaria una piattaforma digitale o un cloud o comunque strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni;
- occorre la predisposizione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;
- per il personale, la dotazione di apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;
- definizione dell'accordo individuale di lavoro agile (art.18 c. 1, Legge 22 maggio 2017, n. 81);
- per dirigenti e responsabili dei procedimenti amministrativi garantire il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa;
- qualora le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza.

Nell'accordo individuale sono riportati:

- gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
- le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità;
- le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento dell'attività lavorativa in *smart working*.

Per i "Lavoratori fragili" è stata prorogata al 31 marzo 2023 la possibilità di svolgere la propria prestazione lavorativa in smart working. Pertanto, il lavoratore fragile ha la possibilità di effettuare la prestazione lavorativa in smart working, anche attraverso l'adibizione a diversa mansione, purché riconducibile alla medesima categoria o area d'inquadramento, come definite dai contratti collettivi vigenti, o attraverso lo svolgimento di attività formative anche da remoto.

Sono considerati fragili i lavoratori che rientrano in una delle categorie previste dal Decreto interministeriale 4 febbraio 2022 (G. U. n. 35 dell'11/02/2022, emanato dal Ministero della Salute, "Individuazione delle patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravità, ai sensi del comma 2 dell'articolo 17, del Decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221"), con elencazione di tutte le condizioni patologiche relate allo status di "lavoratore fragile".

5.2.7.2 DESTINATARI

L'attivazione del lavoro agile ha carattere volontario e, pertanto, è concesso secondo quanto previsto nella disciplina richiamata, a richiesta del dipendente interessato. Compatibilmente con l'organizzazione dei servizi e del lavoro, secondo criteri di priorità di seguito definita, la prestazione lavorativa in modalità agile è applicata al 15% del personale impiegato nelle attività che possono essere svolte secondo tale prassi (dal calcolo percentuale sono esclusi, in questa prima fase, i lavoratori fragili).

È potenzialmente legittimato a presentare domanda il personale dipendente in servizio presso l'ASL 1 di Sassari sia del Comparto sia della Dirigenza, con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato, a tempo pieno o parziale, nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna.

In caso di superamento della predetta percentuale di accesso, è riconosciuta priorità nell'ordine:

- ai dipendenti affetti da patologie tali da esporli a un maggiore rischio di contagio (trapiantati, immunodepressi, etc.) e/o in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al Decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, ovvero dai lavoratori con figli in condizioni di

disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (comma 3 bis dell'art. 18 della Legge 81/2017);

- alle donne in stato di gravidanza;
- ai dipendenti con esigenze di cura nei confronti di figli minori di 14 anni;
- per disagi correlati a maggiore tempo di percorrenza per raggiungere la sede di lavoro.

5.2.8 DOMANDA DI ACCESSO AL LAVORO AGILE

La domanda di accesso lavoro agile è il documento alla base della richiesta di attivazione di detta modalità lavorativa e dovrà riportare:

- le informazioni identificative del dipendente e della struttura di appartenenza;
- la descrizione delle attività che saranno svolte in modalità agile, così come concordate con il Direttore/ Responsabile della Struttura;
- Le giornate settimanali/mensili di smart-working;
- le fasce orarie di contattabilità;
- la strumentazione tecnologica necessaria per espletamento dell'attività e relativo software;
- luogo di prestazione del lavoro agile.

Il dipendente è tenuto a rendicontare al proprio Direttore/responsabile l'attività svolta in regime di lavoro agile e i risultati raggiunti con cadenza periodica (su base settimanale o quindicinale o mensile).

4.2.1.1 ACCORDO INDIVIDUALE

L'attivazione del lavoro agile è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale tra il dipendente e l'Azienda - nella persona del Direttore/Responsabile della Struttura di assegnazione. L'accordo stipulato per iscritto disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali. La domanda costituisce parte integrante e sostanziale dell'accordo.

Il dipendente presenta la richiesta al proprio Direttore/Responsabile nella quale sono già presenti, in modo puntuale, alcuni elementi fondamentali dell'accordo individuale. Inoltre, sono definiti:

- gli obiettivi da raggiungere;
- gli indicatori di verifica quantitativi e qualitativi e le modalità di valutazione;
- La tempistica prevista per il raggiungimento dell'obiettivo (settimanale/mensile/ annuale);
- la durata del progetto;
- le forme di esercizio del potere direttivo del dirigente di riferimento;
- gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati;
- modalità di recesso (termine non inferiore a 30 giorni, salve le ipotesi ex art. 19 L. 81/2017 ovvero 90 giorni per i lavoratori disabili).

Gli indicatori rappresentano l'unità di misura degli obiettivi scelti. L'inserimento nella domanda di tutte le attività che s'intendono svolgere in lavoro agile nelle giornate concordate con il Direttore/Responsabile, rapportate ai relativi obiettivi e indicatori, permetterà di verificare il lavoro svolto da remoto, all'interno dell'arco temporale previsto. Ogni Direttore/Responsabile deve operare un monitoraggio costante, verificando il raggiungimento degli obiettivi fissati e l'efficienza dell'azione amministrativa nei risultati attesi.

4.2.1.2 LUOGHI DI LAVORO

L'individuazione di uno o più luoghi prevalenti può essere dettata da esigenze connesse alla prestazione lavorativa o dalla necessità di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

4.2.1.3 ORARIO DI LAVORO E DISCONNESSIONE

Il personale autorizzato alla modalità “lavoro agile” può svolgere la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, ordinariamente da un minimo di quattro a un massimo di otto giornate al mese, da concordare con il Direttore/Responsabile di struttura.

L’attuazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell’orario di lavoro applicata al dipendente, il quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del lavoro agile nel rispetto, comunque, dei limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione.

4.2.1.4 DOTAZIONE TECNOLOGICA

L’Amministrazione fornisce al dipendente idonea dotazione tecnologica in base alla specifica attività da svolgere e ne garantisce la conformità alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza.

Per accedere alle applicazioni potrà essere utilizzata esclusivamente la connessione Internet fornita dall’Azienda. L’amministrazione consentirà la raggiungibilità delle proprie applicazioni da remoto (Cloud o, in alternativa, VPN o accessi in desktop remoto ai server); in nessun caso può essere utilizzata un’utenza personale o domestica del dipendente per le ordinarie attività di servizio.

5.2.9 RISERVATEZZA PRIVACY E SECURITY

Il dipendente deve custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell’Amministrazione, utilizzati nello svolgimento della prestazione lavorativa; il dipendente è tenuto inoltre al rispetto delle previsioni del Regolamento UE n. 679/2016 e del D.lgs. n. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali. È chiamato a tenere una condotta particolarmente diligente a tutela dei dati trattati

5.2.10 FORMAZIONE, COMUNICAZIONE E SUPPORTO

Per i dipendenti in lavoro agile nonché per la Dirigenza è prevista specifica formazione. La partecipazione agli interventi di formazione predisposti dall’Amministrazione per i lavoratori agili è obbligatoria.

Per la dirigenza dovranno essere definiti percorsi formativi con l’obiettivo comprendere meglio i punti di forza e le criticità del lavoro agile, con particolare attenzione al lavoro per obiettivi, alla valutazione dei lavoratori agili. Significativo rilievo sarà dato anche al miglioramento alla capacità di gestione e sviluppo delle risorse umane finalizzata a un miglioramento generale dell’efficienza e del clima organizzativo.

I percorsi formativi rivolti al comparto avranno l’obiettivo di fornire ulteriori linee guida per la gestione delle attività svolte in lavoro agile, oltre che focalizzare aspetti afferenti all’organizzazione del lavoro per obiettivi/risultati, alle modalità di interazione e collaborazione attraverso strumenti digitali.

Questi temi saranno oggetto di azioni formative coordinate realizzate con il ricorso a diversi strumenti e metodologie di erogazione quali ad esempio la formazione in FAD.

5.2.11 POTERE DIRETTIVO, DICONTRULLO E DISCIPLINARE

La modalità di lavoro in smart working non modifica il potere direttivo e di controllo del proprio Direttore/Responsabile, che sarà esercitato analogamente a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta in conformità a quanto previsto dai CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento aziendale.

5.2.12 SICUREZZA SUL LAVORO

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori di cui al D.lgs. n. 81/08 e s.m.i. e dell'articolo 22 della legge 22 maggio 2017, n. 81. Riguardo alla sicurezza sul lavoro, l'Amministrazione:

- garantisce la conformità alla normativa di sicurezza degli strumenti tecnologici assegnati;
- consegna annualmente al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, e, comunque, prima dell'avvio dell'attività, un'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione (art. 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017 n. 81).

Il dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi.

Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017, il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa – luogo di lavoro agile - nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni.

5.3 SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

La dotazione di personale rappresenta uno dei principali elementi di criticità dell'intero SSN. In questi ultimi anni si sta registrando ed affrontando una crisi del personale sanitario senza precedenti, a causa multifattoriale, che di fatto sta portando ad una graduale e progressiva demotivazione e disaffezione dei professionisti verso il SSN rendendo l'offerta dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali sempre più inadeguata rispetto ai bisogni di salute delle persone. A tale condizione generale di sistema non si sottrae l'ASL di Sassari, che quotidianamente incontra notevoli difficoltà a reperire le risorse umane necessarie per garantire i LEA alla popolazione di riferimento nel perimetro del proprio Piano triennale di fabbisogno di personale.

Al 31 dicembre 2024 si contano complessive 2.482 unità di cui 1.892 del comparto e 577 della dirigenza sanitaria nel suo complesso e 13 unità della dirigenza PTA. Il ruolo sanitario è quello più rappresentato (60%), il ruolo socio-sanitario rappresenta il 16% del personale, il ruolo tecnico il 14 % e il ruolo amministrativo il 10%, come illustrato nel grafico sottostante.

Tabella 20 - Personale dipendente in servizio al 31.12.2024

Personale per ruolo al 31/12/2024	Comparto	Dirigenza PTA	Dirigenza Sanitaria	Totale complessivo
Ruolo amministrativo	264	6	0	270
Ruolo professionale	1	4	0	5
Ruolo sanitario	1142	0	577	1719
Ruolo sociosanitario	297	0	0	297
Ruolo tecnico	188	3	0	191
Totale complessivo	1892	13	577	2482

Fonte: elaborazione SC Gestione Risorse Umane ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale

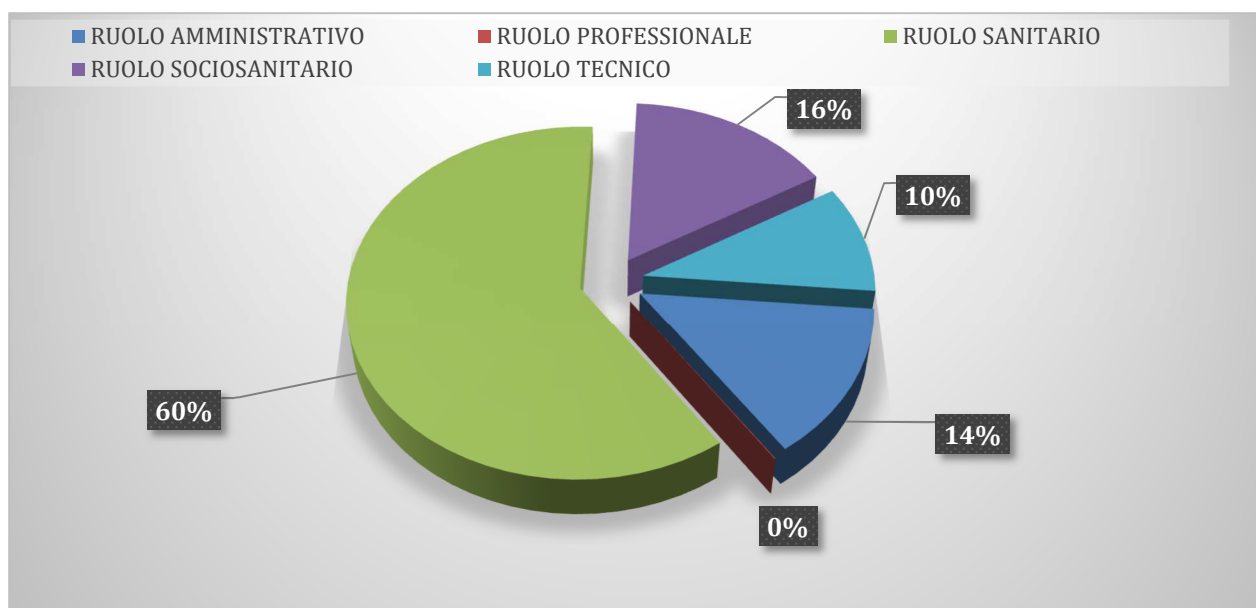


Grafico - Distribuzione del personale per ruolo al 31/12/2024

(Fonte: elaborazione SC Gestione Risorse Umane ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale)

Il delta tra le unità di personale dipendente al 31/12/2024 e le unità previste al 01/01/2025 nel nuovo PFTP 2025/2027 come più avanti descritte, è ascrivibile al fatto che quest'ultimo è stato elaborato nel mese di novembre 2024, come documento previsionale per il triennio di riferimento, con i dati all'epoca disponibili.

5.3.1 STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO

Il documento strategico sulle politiche assunzionali dell'Azienda è rappresentato dal PTFP relativo al triennio 2025 - 2027, approvato con deliberazione del Direttore Generale della ASL n.1 di Sassari n. 1367 del 08/11/2024 e allegato al bilancio di previsione triennale 2025/2026/2027. Per la predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2025-27, l'ASL 1 di Sassari si è attenuta alle indicazioni operative e agli schemi approvati dalla Giunta Regionale attraverso la deliberazione n. 46/42 del 2/11/2019, in linea con le disposizioni di cui all'art. 6 del D.lgs. n. 165/2001, così come modificato dall'art. 4 del D.lgs. n. 75/2017, e in applicazione delle linee di indirizzo di cui al Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 08/05/2018. Il PTFP 2025-2027 è soggetto all'approvazione da parte della RAS e, pertanto, ad eventuali variazioni in aumento o in diminuzione nel corso dell'anno anche in riferimento all'eventuale assegnazione del relativo tetto di spesa.

Il documento è stato elaborato tenendo conto altresì delle indicazioni della RAS (nota n. prot. 28275 del 17/10/2024 della Direzione Generale della Sanità dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale). In relazione a tali indicazioni sono stati previsti i fabbisogni stimati per i seguenti progetti a valenza nazionale e regionale finanziati:

- a) Personale reclutato a tempo determinato per attività nell'ambito dei Progetti finanziati PNRR;
- b) Personale da reclutare a tempo determinato per attuazione Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027;
- c) Personale da reclutare a tempo determinato per attuazione Piano Nazionale degli Investimenti complementari Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima;
- d) Personale da reclutare per interventi finalizzati alla realizzazione dei Piani di Riassetto organizzativo e di riqualificazione degli Spresal

Tabella 21 - Piano Triennale Fabbisogno del Personale - Anno 2025

PTFP_25		Posti coperti al 1/1/2025	Cessazioni 2025	Assunzioni 2025	Posti coperti al 31/12/2025
comparto	Ruolo Amministrativo	279	9	40	310
	Ruolo Professionale	1	-	1	2
	Ruolo Sanitario	1.150	32	311	1.429
	Ruolo Socio Sanitario	301	9	94	386
	Ruolo Tecnico	189	8	23	204
	Totale Comparto	1.920	58	469	2.331
dirigenza	Ruolo Amministrativo	6	-	2	8
	Ruolo Professionale	4	-	2	6
	Ruolo Sanitario	587	21	188	754
	Ruolo Socio Sanitario	-	-	-	-
	Ruolo Tecnico	3	-	-	3
	Totale Dirigenza	600	21	192	771
Totale complessivo		2.520	79	661	3.102

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari

Tabella 22 - Piano Triennale Fabbisogno del Personale - Anno 2026

PTFP_26		Posti coperti al 1/1/2026	Cessazioni 2026	Assunzioni 2026	Posti coperti al 31/12/2026
comparto	Ruolo Amministrativo	310	9	9	310
	Ruolo Professionale	2	-	-	2
	Ruolo Sanitario	1.429	32	32	1.429
	Ruolo Socio Sanitario	386	9	9	386
	Ruolo Tecnico	204	8	8	204
	Totale Comparto	2.331	58	58	2.331
dirigenza	Ruolo Amministrativo	8	-	-	8
	Ruolo Professionale	6	-	-	6
	Ruolo Sanitario	754	21	21	754
	Ruolo Socio Sanitario	-	-	-	-
	Ruolo Tecnico	3	-	-	3
	Totale Dirigenza	771	21	21	771
Totale complessivo		3.102	79	79	3.102

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari

Tabella 23 - Piano Triennale Fabbisogno del Personale - Anno 2027

PTFP_27		Posti coperti al 1/1/2027	Cessazioni 2027	Assunzioni 2027	Posti coperti al 31/12/2027
comparto	Ruolo Amministrativo	310	9	9	310
	Ruolo Professionale	2	-	-	2
	Ruolo Sanitario	1.429	32	32	1.429
	Ruolo Socio Sanitario	386	9	9	386
	Ruolo Tecnico	204	8	8	204
	Totale Comparto	2.331	58	58	2.331
dirigenza	Ruolo Amministrativo	8	-	-	8
	Ruolo Professionale	6	-	-	6
	Ruolo Sanitario	754	21	21	754
	Ruolo Socio Sanitario	-	-	-	-
	Ruolo Tecnico	3	-	-	3
	Totale Dirigenza	771	21	21	771
Totale complessivo		3.102	79	79	3.102

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari

Il piano è il documento di programmazione con il quale viene prevista l'assunzione del personale a tempo indeterminato e determinato, forma di reclutamento primaria prevista per la P.A.

Il piano ha un'estensione temporale triennale e deve essere adottato annualmente al fine di adattare costantemente la programmazione del fabbisogno con il rispetto dei relativi oneri a carico del bilancio aziendale.

L'aver assolto agli obblighi della programmazione del fabbisogno di personale è una condizione necessaria per poter dar corso a nuove assunzioni di qualsiasi titolo e di qualsivoglia tipologia contrattuale, in quanto nessuna assunzione può essere effettuata se non nell'ambito e nei limiti del PTFP.

Ai sensi della L. 24/2020 le procedure concorsuali del personale a tempo determinato e indeterminato sono in capo ad ARES Sardegna che, dietro formale richiesta nel rispetto del PTFP, mette a disposizione della ASL le graduatorie attualmente in essere.

Altra modalità di ingresso di personale è quello delle procedure di mobilità esterna, di assegnazione temporanea di personale per ricongiungimento familiare.

Potrebbero inoltre essere utilizzate forme di reclutamento di personale esterno all'amministrazione quali attivazione di incarichi libero professionali o incarichi ex articolo 15 septies del d.lgs. 165/2001.

È previsto inoltre il reclutamento tramite l'ex collocamento, con procedure gestite da ASPAL Sardegna nell'ambito delle categorie protette e dei disabili.

Compatibilmente con le disponibilità di posti nel PTFP si potranno espletare le procedure per le progressioni verticali riguarda il passaggio alla categoria immediatamente superiore di inquadramento del personale da attuarsi attraverso procedure di selezione interna come previsto dal nuovo CCNL del comparto sanità, sottoscritto in data 02/11/2022.

5.3.2 FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze, volto al miglioramento continuo dell'organizzazione, all'umanizzazione dei servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale, alla realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale. Essa contribuisce in modo determinante alla diffusione della cultura della tutela della salute e ad assicurare un'offerta di servizi sanitari efficaci ed appropriati.

La L.R. 24/2020 di riforma sanitaria colloca la formazione in capo ad ARES, la quale è stata individuata quale provider unico per l'accreditamento dei corsi previsti nel PFA del 2025 per tutte le aziende sanitarie della RAS. Tale funzione è svolta dalla Struttura Complessa "Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo" che per il Piano Formativo 2025 ha previsto specifiche iniziative di formazione relative al nuovo assetto regionale e in particolare approfondimenti sui seguenti ambiti:

- Riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale;
- Programma di riqualificazione e certificazione di competenze del sistema dell'Emergenza-Urgenza della Regione Sardegna;
- Gestione del rischio clinico e sicurezza sul lavoro;
- Utilizzo della Simulazione e sviluppo delle Non Technical Skills;
- Formazione all'utilizzo della Biblioteca Scientifica Regionale presso la piattaforma digitale di Sardegna Ricerche e relativa diffusione dello strumento tra gli operatori sanitari.

L'attività formativa proposta per il 2025 rispetta i criteri previsti dal modello regionale di accreditamento della Sardegna, così come definito dalla D.G.R. 4/14 del 5.2.2014 e dalla D.G.R. 31/15 del 19.6.2018.

5.3.3 PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) rappresenta uno strumento organico e articolato, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici della programmazione e delle emergenze sanitarie. Il PFA 2025, pubblicato con la deliberazione del Direttore Generale Ares n. 347 del 24 dicembre 2024, è il risultato:

- degli indirizzi dati dalla Regione Autonoma della Sardegna;
- degli indirizzi delle Direzioni Aziendali (Formazione Generale);
- dei fabbisogni formativi espressi dalle Direzioni di Area, dai Dipartimenti, dai Distretti e dalle Unità Operative (Formazione specifica);

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

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

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

All'interno del Piano della Formazione assumono particolare rilievo tre tipologie di obiettivi formativi:

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

5.3.3.1 RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI

ARES ha definito il fabbisogno formativo 2025 delle aziende sanitarie, tra cui quella di Sassari, attraverso:

- la richiesta ai Direttori Generali delle Aziende del SSR di proporre l'attivazione di progetti formativi necessari per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze tecnico-professionali e relazionali della propria unità operativa;
- l'analisi dei documenti di programmazione nazionali, regionali e aziendali;
- l'integrazione con i corsi di formazione a distanza asincroni a seguito dell'attivazione della Piattaforma FAD aziendale;
- l'utilizzo delle licenze per la formazione a distanza sincrona.

La S.C. Gestione e sviluppo risorse umane, formazione, nel corso del 2024 ha effettuato un primo screening a campione relativo ai livelli di formazione nelle aree gestione emergenza e urgenza, nonché sicurezza nei luoghi di lavoro. Tale necessità scaturisce dalla mancanza di una banca dati strutturata sulla formazione obbligatoria svolta negli esercizi precedenti.

Previo confronto con l'R.S.P.P. aziendale si è riscontrata l'esigenza di procedere alla predisposizione di percorsi formativi in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro ex dlgs 81/2008 che coinvolgano un ampio numero di discenti.

Si è rilevata altresì la necessità di riformare ed armonizzare i procedimenti amministrativi in ambito formativo, sul cui iter è stato riscontrato all'interno dell'azienda il permanere di pratiche risalenti a gestioni precedenti, disallineate rispetto all'attuale organizzazione aziendale.

Realizzata nel 2024 una prima attività di stesura regolamentare, nel corso del 2025 sarà necessaria un'attività di registrazione dei necessari correttivi e di informazione del personale in merito alle procedure adottate.

In un'ottica di miglioramento continuo delle attività formative progettate, si rende necessario dotare l'Azienda di uno strumento interno di rilevazione dei fabbisogni formativi e di impatto dei percorsi formativi realizzati in termini di R.O.I. (return on investment) del PFA 2025, con particolare attenzione all'instaurazione di buone pratiche aziendali positive e il miglioramento della performance complessiva.

5.3.3.2 *IL PROGRAMMA FORMATIVO DELLA ASL DI SASSARI PER L'ANNO 2025*

Il piano formativo per l'ASL 1 di Sassari è raccolto nel relativo allegato del PIAO 2024-26.

Nel complesso, è stato stimato un budget previsionale di € 882.609,23.

Di tale budget € 414000 sono previsti per la realizzazione di 5 progetti strategici di macro area individuati in:

- Qualità e accreditamento dei servizi sanitari: formazione per referenti
- One health approach: strumenti interdisciplinari specialistici per i professionisti della salute umana, animale e ambientale
- Dm77: disagio sociale e presa in carico dell'utenza in esecuzione penale carceraria e post carceraria
- Gestione del paziente critico in contesto territoriale disagiato: infermiere di comunità e telemedicina
- Gestione del paziente fragile: approccio olistico alla presa in carico e responsabilità del personale infermieristico

Ulteriori € 103.920,48 sono stati individuati in budget previsionale, nella misura del 10% delle risorse disponibili, per la fruizione di corsi extra aziendali. Ammontano ad un previsionale di € 35.335,07 le somme destinate alle risorse si extra piano. Ad incremento di tali ultime voci di spesa verranno devoluti eventuali risparmi di spesa generati in attuazione delle misure previste dal PFA 2025.

Stante l'esigenza di individuare ulteriori strumenti formativi rivolti al personale amministrativo, ad integrazione delle misure previste da ARES Sardegna in attuazione del PNRR, considerata la soddisfacente partecipazione dell'Azienda al protocollo d'intesa INPS Valore PA per il 2024, è in corso di valutazione dell'impatto dei percorsi formativi che saranno erogati, al fine di predisporre l'ulteriore adesione al medesimo bando nel corso del 2025 e l'attivazione di progetti formativi previsti nell'alveo dell'iniziativa INPS Performa PA.

6 MONITORAGGIO

Il monitoraggio del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) si articola attraverso diverse strutture aziendali che si occupano di specifiche aree di competenza. Vediamo i punti principali del monitoraggio come indicato:

1. Valore Pubblico (SC Programmazione Aziendale e Controllo di Gestione):

Questo punto è centrato sull'analisi e monitoraggio dei risultati attesi relativi alla creazione di valore pubblico per la collettività (Prevenzione, PNRR, Sostenibilità ambientale). Il focus sarà quindi incentrato sulla capacità della ASL di rispondere ai bisogni della comunità.

Altro aspetto riguarda la valutazione della Performance (a cura della SC Programmazione Aziendale e Controllo di Gestione) con riferimento alla gestione e monitoraggio degli obiettivi di performance organizzativa e individuale. Questo include il controllo della realizzazione delle azioni previste dal PIAO e il rispetto degli indicatori di performance.

2. Rischi Corruttivi e Trasparenza – Responsabile RPCT:

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) cura il monitoraggio dei rischi legati alla corruzione e garantisce che le azioni siano in linea con i principi di trasparenza.

3. Lavoro Agile, Formazione e Piano Triennale dei Fabbisogni – SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, Formazione:

La struttura si occupa di implementare e monitorare le azioni relative al lavoro agile, alla formazione del personale e alla pianificazione delle risorse umane. È fondamentale per garantire l'efficienza organizzativa e la soddisfazione dei dipendenti.

4. Monitoraggio della Soddisfazione degli Utenti:

Si svolge su due livelli:

- Area distrettuale
- Area ospedaliera

Verranno utilizzati strumenti come questionari e codici QR per raccogliere il feedback degli utenti. I dati saranno poi analizzati nella sezione dedicata al "valore pubblico" per comprendere e migliorare i servizi offerti.