

Allegato A

Piano integrato di attività e organizzazione 2023-2025 ASL DI ORISTANO



Sommario

Premessa	3
Sezione I – Scheda anagrafica dell’amministrazione	5
A. Elementi identificativi dell’azienda sanitaria.....	5
B. Analisi del contesto.....	5
C. Missione e distribuzione dei servizi nel territorio.....	18
Sezione II – Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione	29
A. Valore Pubblico.....	29
B. Performance.....	89
C. Rischi corruttivi e trasparenza.....	98
Sezione III – Organizzazione e capitale umano	124
A. Struttura organizzativa.....	124
B. Organizzazione del lavoro agile.....	129
C. Il Piano triennale dei Fabbisogni di personale.....	140
Sezione IV – Monitoraggio	143

Premessa

Il DL n. 80/2021, convertito dalla L. 113/2021, all'art. 6 prevede che, entro il 31 gennaio di ogni anno, ogni amministrazione adotti il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) che riunisce in un unico atto tutta la programmazione, finora adottata con piani differenti, relativi alla performance, alla gestione delle risorse umane, all'organizzazione dei dipendenti, alla formazione e alle modalità di prevenzione della corruzione.

Il nuovo documento dovrà garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione e garantire la qualità e la trasparenza dei servizi rivolti agli utenti.

Con DPR 81 del 24.06.2022 è stato adottato il regolamento recante l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani Assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione e con Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 è stato emanato il Regolamento recante la definizione del contenuto del PIAO contenente indicazioni per la redazione dello stesso e il Piano-tipo per le pubbliche amministrazioni.

Occorre premettere che la ASL di Oristano è di nuova istituzione. La Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020, di riforma del Sistema Sanitario della Regione Sardegna, infatti prevede che mediante scorporo della Azienda per la Tutela della Salute siano costituite: l'Azienda Regionale della Salute Ares, n. 8 Aziende Socio Sanitarie Locali ASL, tra le altre l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano, l'Azienda di rilievo nazionale di alta specializzazione G. Brotzu Arnas, n.2 Aziende Ospedaliere Universitarie AOU di Cagliari e Sassari, l'Azienda Regionale di Emergenza e Urgenza Areus e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna IZS.

L'art.3 della citata legge regionale n. 24 di riforma del SSR dispone che "è istituita l'Azienda regionale della salute (ARES) per il supporto alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. L'ARES svolge la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità." Con le seguenti funzioni in maniera centralizzata:

a) centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere della Sardegna ai sensi degli articoli 38 e 39 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici) e successive modifiche ed integrazioni, con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità. Nell'esercizio di tale funzione può avvalersi della centrale regionale di committenza di cui all'articolo 9 della legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 (legge finanziaria 2007), e successive modifiche ed integrazioni. Resta salva la facoltà di tutte le aziende di procedere direttamente all'acquisizione di beni e servizi nei limiti di quanto previsto dall'articolo 37 del decreto legislativo n. 50 del 2016;

b) gestione delle procedure di selezione e concorso del personale del Servizio sanitario regionale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende; può delegare alle aziende sanitarie, sole o aggregate, le procedure concorsuali per l'assunzione di personale dotato di elevata specificità;

c) gestione delle competenze economiche e della gestione della situazione contributiva e previdenziale del personale delle aziende sanitarie regionali;

- d) gestione degli aspetti legati al governo delle presenze nel servizio del personale;
- e) omogeneizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende ivi compreso il sistema di internal auditing;
- f) omogeneizzazione della gestione del patrimonio;
- g) supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
- h) procedure di accreditamento ECM;
- i) servizi tecnici per la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health technology assessment - HTA), servizi tecnici per la fisica sanitaria e l'ingegneria clinica;
- j) gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
- k) progressiva razionalizzazione del sistema logistico;
- l) gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie;
- m) gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato;
- n) tutte le competenze in materia di controlli di appropriatezza e di congruità dei ricoveri ospedalieri di qualunque tipologia, utilizzando metodiche identiche per tutte le strutture pubbliche e private. Il valore dei ricoveri giudicati inappropriati è scontato dalle spettanze alla struttura interessata al pagamento immediatamente successivo alla notifica del giudizio definitivo di appropriatezza.

L'art. 9 della legge regionale n. 24 del 2020 dispone che "Le Aziende socio-sanitarie locali (ASL) assicurano, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera". "Le ASL hanno personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione; la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale".

Sezione I – Scheda anagrafica dell'amministrazione

A. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria

Con Delibera della G.R. n. 46/28 del 25.11.2021 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n.5 di Oristano a far data dal 01.01.2022. Con le Delibere del Direttore Generale n. 463 del 5.12.2022 e n. 26 del 24.01.2023 è stato adottato l'Atto Aziendale della ASL di Oristano.

ENTE	AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE (ASL) n.5 DI ORISTANO
SEDE LEGALE	via Carducci n. 35, 09170 Oristano (OR)
PARTITA IVA/CODICE FISCALE	01258180957
EMAIL PEC	protocollo@pec.asloristano.it
SITO INTERNET ISTITUZIONALE	www.asl5oristano.it

Il Logo aziendale è:



B. Analisi del contesto

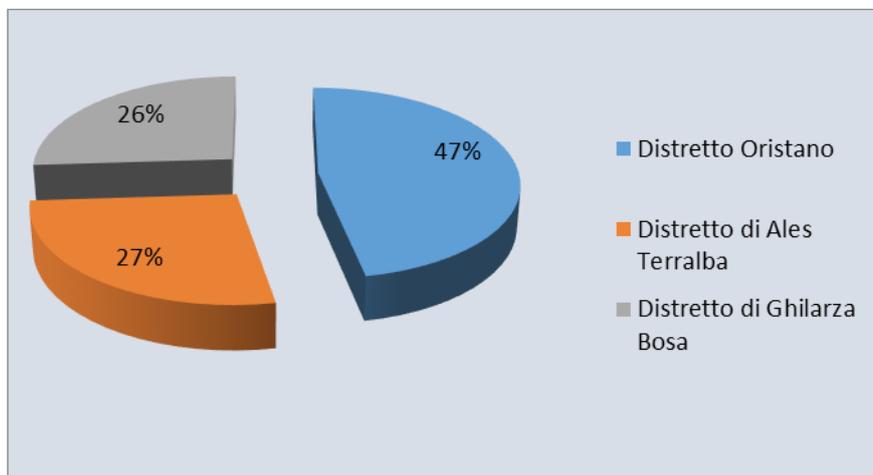
L'ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano e comprende 88 Comuni con una estensione di 3.040 Km² e una popolazione residente all'01.01.2022 di 152.426 abitanti per una densità abitativa di 50,14 abitanti. L'ASL è divisa in tre distretti che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti: Distretto socio-sanitario Ghilarza - Bosa; Distretto socio-sanitario Oristano; Distretto socio-sanitario Ales – Terralba.

Di seguito l'elenco dei comuni con popolazione al 01.01.2022.

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	Pop.	Comune	Pop.	Comune	
Allai	358	Albagiara	246	Abbasanta	2.594
Baratili San Pietro	1.211	Ales	1.293	Aidomaggiore	398
Bauladu	647	Arborea	3.777	Ardauli	780
Cabras	8.809	Assolo	348	Bidoni	128
Milis	1.433	Asuni	311	Bonarcado	1.519
Narbolia	1.692	Baradili	76	Boroneddu	154
Nurachi	1.692	Baressa	568	Bosa	7.539
Ollastra	1.144	Curcuris	311	Busachi	1.172
Oristano	30.653	Genoni	771	Cuglieri	2.487
Palmas Arborea	1.475	Gonnoscodina	436	Flussio	426
Riola Sardo	2.060	Gonnosnò	712	Fordongianus	850
Samugheo	2.796	Gonnostramatza	809	Ghilarza	4.241
Santa Giusta	4.646	Laconi	1.685	Magomadas	604
San Vero Milis	2.434	Marrubiu	4.643	Modolo	155
Siamaggiore	884	Masullas	1.012	Montresta	440
Siamanna	773	Mogorella	412	Neoneli	622
Siapiccia	344	Mogoro	3.959	Norbello	1.141
Simaxis	2.146	Morgongiori	661	Nughedu Santa Vittoria	441
Solarussa	2.291	Nureci	320	Paulilatino	2.096
Tramatza	937	Pau	276	Sagama	195
Villanova Truschedu	293	Pompu	215	Santu Lussurgiu	2.229
Villaurbana	1.490	Ruinias	621	Scano di Montiferro	1.417
Zeddiani	1.131	San Nicolò d'Arcidano	2.526	Sedilo	1.995
Zerfaliu	1.017	Senis	424	Seneghe	1.682
		Simala	284	Sennariolo	155
		Sini	485	Soddi	120
		Siris	223	Sorradile	349
		Terralba	9.792	Suni	994
		Uras	2.697	Tadasuni	141
		Usellus	727	Tinnura	239
		Villa Sant'Antonio	333	Tresnuraghes	1.051
		Villa Verde	288	Ulà Tirso	475
TOTALE	72.356	TOTALE	41.241	TOTALE	38.829

Fonte dati: GeoDemo ISTAT all'01.01.2022 (dati estratti nel mese di gennaio 2023)

La distribuzione della popolazione nel territorio provinciale è la seguente:



Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2022

La comparazione dei dati demografici degli ultimi due anni (2019-2020) evidenzia una consistente diminuzione della popolazione residente.



Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Oristano

<i>Anno</i>	<i>Indice di vecchiaia</i>	<i>Indice di dipendenza strutturale</i>	<i>Indice di natalità (x 1.000 ab.)</i>	<i>Indice di mortalità (x 1.000 ab.)</i>

	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2002	140,2	47,5	7,3	9,9
2003	146,4	47,5	7,5	10,4
2004	151,5	47,4	7,1	9,3
2005	158,1	47,8	7,1	9,6
2006	165,5	48,2	7,3	10,3
2007	172,1	48,3	7	10
2008	178,2	48,8	6,9	10,1
2009	184,6	49,4	6,8	10,3
2010	190,9	50,2	7,1	10
2011	195,5	50,8	6,7	10,5
2012	200,7	52	6	11,4
2013	208,1	52,6	6,4	10,5
2014	215,9	53,1	6	10,8
2015	224,7	54	5,8	11,8
2016	234,1	54,9	5,7	11,2
2017	243,3	55,8	5,8	11,8
2018	251	56,4	5,2	11,9
2019	262,1	57,7	4,9	12,2
2020	273,2	58,9	4,6	13,9
2021	283,7	60,7	4,9	13,8
2022	293,5	61,3	-	-

Fonte: tuttitalia.it

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Totale popolazione	152.426	1.587.413	59.030.133
Età media	50	48	46
Indice di vecchiaia	293,47%	241,77%	187,61%
Indice di dipendenza strutturale	61,35%	57,23%	57,46%
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	45,76%	40,49%	37,48%

Indicatori demografici Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2022

Tra i tanti fenomeni collegati al processo di trasformazione demografica, si distingue il costante invecchiamento della popolazione negli anni, indicatore non solo del crescente fenomeno dell'allungamento

della vita e quindi della riduzione della mortalità in età avanzata, ma anche dello scarso rinnovamento generazionale. Tale fenomeno è evidenziato dalla lettura congiunta dei seguenti indicatori.

L'indice di vecchiaia¹ risulta molto alto sia rispetto al dato regionale ma soprattutto rispetto al dato nazionale, si registrano 293 anziani ogni 100 giovani.

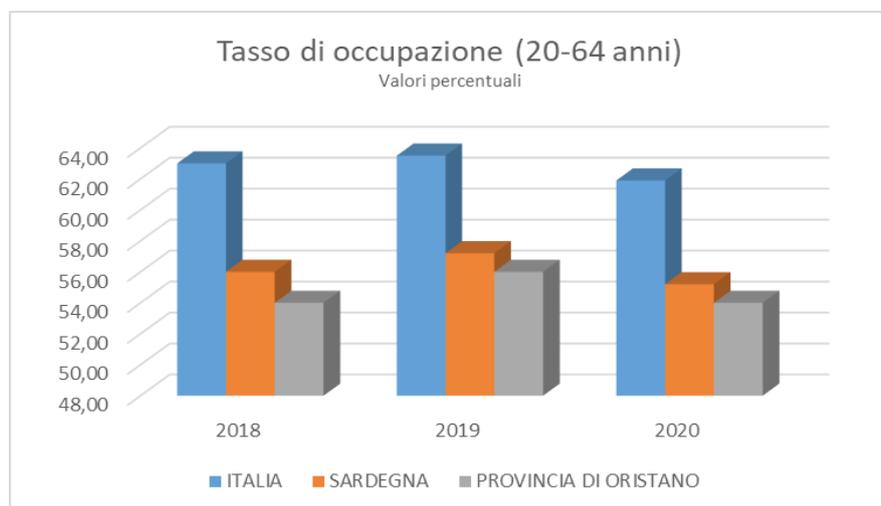
L'indice di dipendenza strutturale² e l'indice di dipendenza strutturale degli anziani, rappresentano rispettivamente il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) su quella attiva (15-64 anni). Anch'essi per il territorio della Provincia di Oristano (61,35% e 45,76%) risultano essere superiori rispetto ai dati regionali e nazionali. Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% denota la presenza di uno squilibrio generazionale.

Lo Studio di Sorveglianza Passi, (dati nazionali anni 2017-2020), sul tema delle patologie croniche ha rilevato che la condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (interessa il 30% delle persone fra 50 e 69 anni) e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (27%) o bassa istruzione (38% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).

Nell'osservare gli altri determinanti di salute sulla popolazione della provincia, oltre agli indici strutturali, si può constatare che gli andamenti sul versante dell'occupazione e dell'istruzione non sono migliori.

Tasso di occupazione (20-64 anni)			
Valori percentuali	2018	2019	2020
ITALIA	63,00	63,50	61,90
SARDEGNA	56,00	57,20	55,20
PROVINCIA DI ORISTANO	54,00	56,00	54,00

Rapporto BES 2021



Il tasso di occupazione della popolazione tra i 20 e i 64 anni registrano nella provincia di Oristano, nel triennio 2018-2020, valori più bassi rispetto alla media regionale e nazionale.

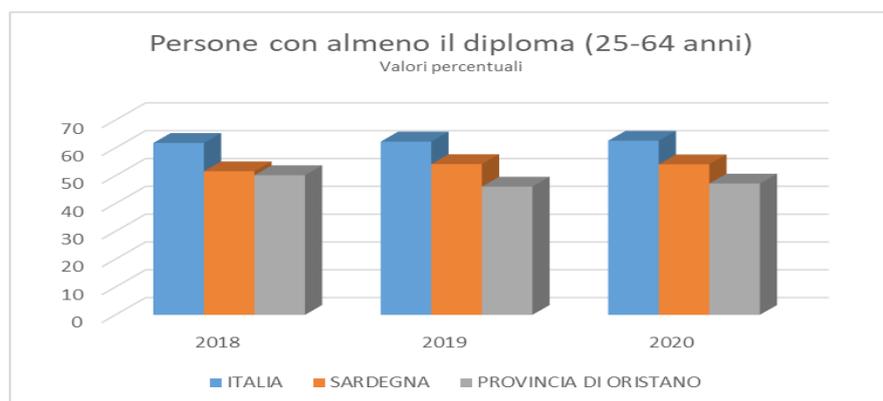
¹ (Rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100)

² (Rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e ≥ 65 anni) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100 - Rapporto tra la popolazione ≥ 65 anni e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100)

Anche il dato relativo alla percentuale di persone con almeno un diploma e di persone tra i 15 e i 29 anni che non lavorano né sono inseriti in un percorso di istruzione o formazione della provincia di Oristano, presenta valori più bassi rispetto alla media regionale e nazionale.

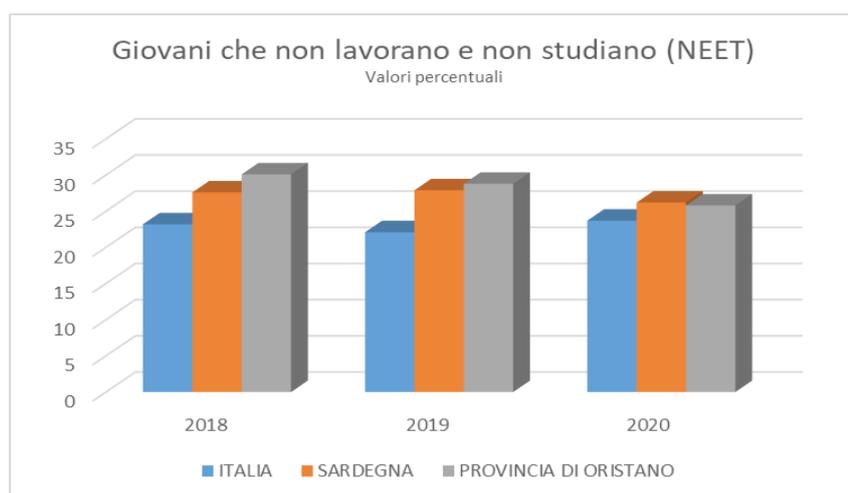
Persone con almeno il diploma (25-64 anni)			
Valori percentuali	2018	2019	2020
ITALIA	61,8	62,3	62,6
SARDEGNA	51,6	54,2	54,1
PROVINCIA DI ORISTANO	50,2	46,1	47,2

Rapporto BES 2021



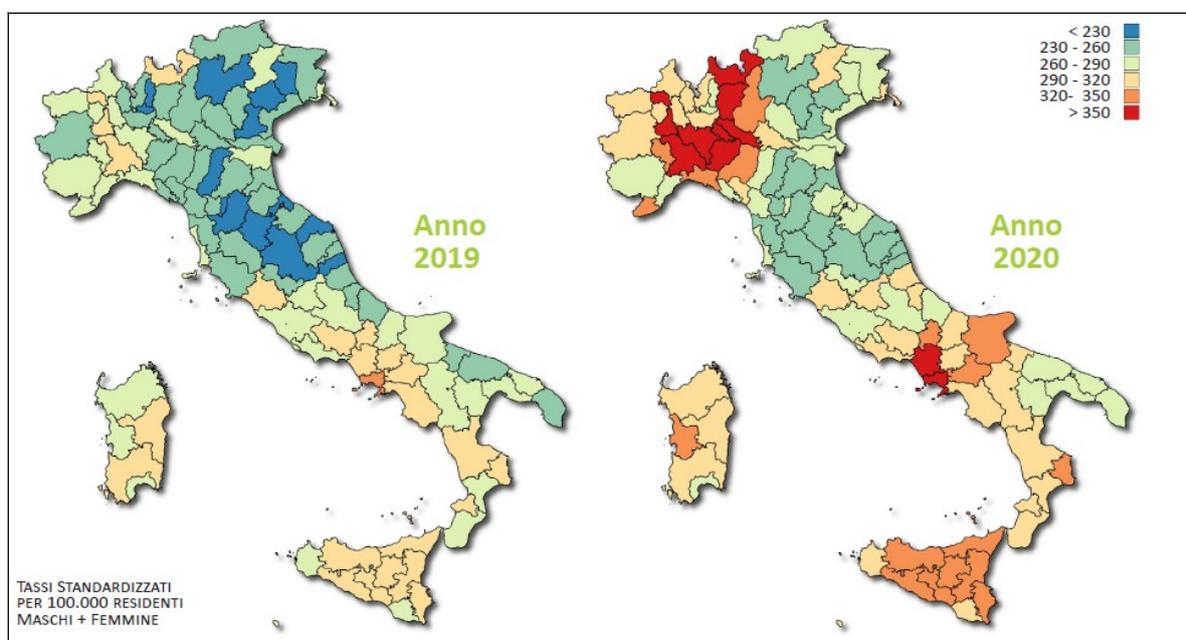
Giovani che non lavorano e non studiano (NEET)			
Valori percentuali	2018	2019	2020
ITALIA	23,2	22,1	23,7
SARDEGNA	27,6	27,9	26,2
PROVINCIA DI ORISTANO	30,1	28,8	25,8

Rapporto BES 2021



All'interno del territorio provinciale è presente inoltre un certo grado di disomogeneità sia riguardo alla distribuzione della popolazione nel territorio sia riguardo alla sua struttura: si rileva, infatti, una discreta densità abitativa e di popolazione giovane nonché un maggiore livello occupazionale nei comuni della fascia costiera, soprattutto in quelli dell'hinterland Oristanese, cui si contrappongono una bassa densità, una popolazione prevalentemente anziana e un livello di occupazione più basso nei comuni dell'interno dei Distretti di Ales-Terralba e di Ghilarza-Bosa. Le caratteristiche della popolazione assistita e/o presente presso il territorio aziendale oltre alle peculiarità sui vari distretti essenzialmente legate ai fenomeni di invecchiamento sono influenzate anche dalla non marginale presenza di popolazione proveniente da Paesi Extracomunitari e dalle variazioni temporanee nel periodo estivo soprattutto per le località balneari dei litorali di Oristano e Bosa.

I dati di mortalità generale 0-74 anni, di seguito rappresentati mettendo a confronto gli anni 2019-2020, rivelano un diffuso peggioramento del tasso di mortalità in tutto il territorio nazionale nell'anno 2020, (+13% rispetto all'anno 2019).



Rapporto Mev(i) ed. 2020 2021

Una volta disponibili i dati sui decessi distinti per causa, relativi agli anni 2019/2020, si potranno valutare le ricadute dell'epidemia da Covid 19 sulle mortalità per causa.

Gli ultimi dati disponibili sui decessi per causa si riferiscono all'anno 2019 e sono di seguito rappresentati in termini di valori percentuali (peso percentuale), di ogni singolo gruppo di cause di morte rispetto alla mortalità totale dell'anno di riferimento.

Le statistiche di mortalità, pur se in maniera indiretta, rappresentano la distribuzione delle patologie più frequenti nella popolazione e permettono di focalizzare l'attenzione sulla domanda delle prestazioni.

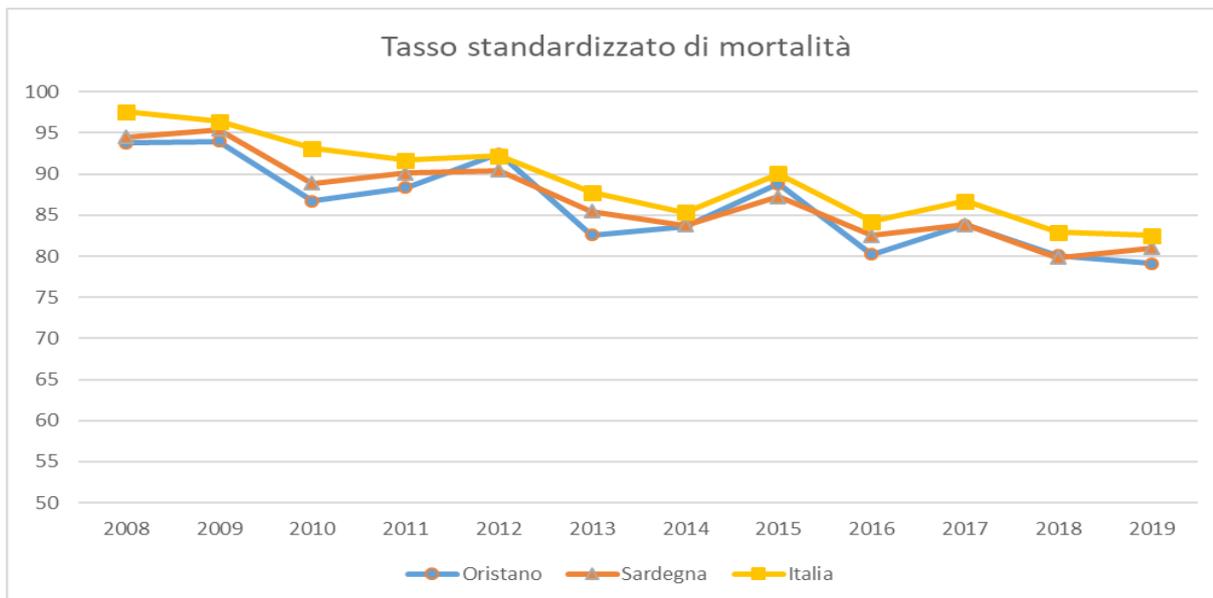
Nella provincia i dati non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali e regionali, con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono nella salute delle persone, le malattie del sistema circolatorio con il 29,78% dei casi rispetto al totale delle cause di morte ed i tumori con il 29,89%. Insieme i due gruppi di patologie sono responsabili del 60% di tutti i decessi.

La terza causa di morte riguarda le malattie del sistema respiratorio (6,44 in provincia di Oristano rispetto al dato più alto a livello nazionale 8,53).

Percentuali rispetto al totale	2018			2019		
	Oristano	Sardegna	Italia	Oristano	Sardegna	Italia
Malattie del sistema circolatorio	32,52%	29,92%	34,83%	29,78%	29,34%	34,61%
Tumori	28,60%	30,61%	28,53%	29,89%	30,58%	27,95%
Malattie del sistema respiratorio	6,53%	7,34%	8,19%	6,44%	7,32%	8,53%
Disturbi psichici e comportamentali	5,31%	5,33%	3,91%	6,06%	5,56%	4,07%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,70%	4,47%	3,81%	4,66%	4,69%	3,75%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4,54%	5,38%	4,69%	5,04%	5,16%	4,74%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,31%	4,34%	4,45%	4,33%	4,36%	4,51%
Malattie dell'apparato digerente	4,15%	4,24%	3,64%	4,39%	4,51%	3,61%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	3,60%	2,56%	2,28%	2,71%	2,63%	2,37%
Malattie dell'apparato genitourinario	2,16%	1,74%	1,86%	2,17%	1,65%	1,95%
Malattie infettive e parassitarie	1,49%	2,12%	2,18%	2,22%	2,36%	2,28%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,72%	0,73%	0,55%	0,81%	0,77%	0,57%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,55%	0,70%	0,51%	0,81%	0,59%	0,53%
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,50%	0,28%	0,20%	0,32%	0,23%	0,19%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,17%	0,19%	0,23%	0,38%	0,19%	0,24%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,17%	0,07%	0,12%	0,00%	0,08%	0,10%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

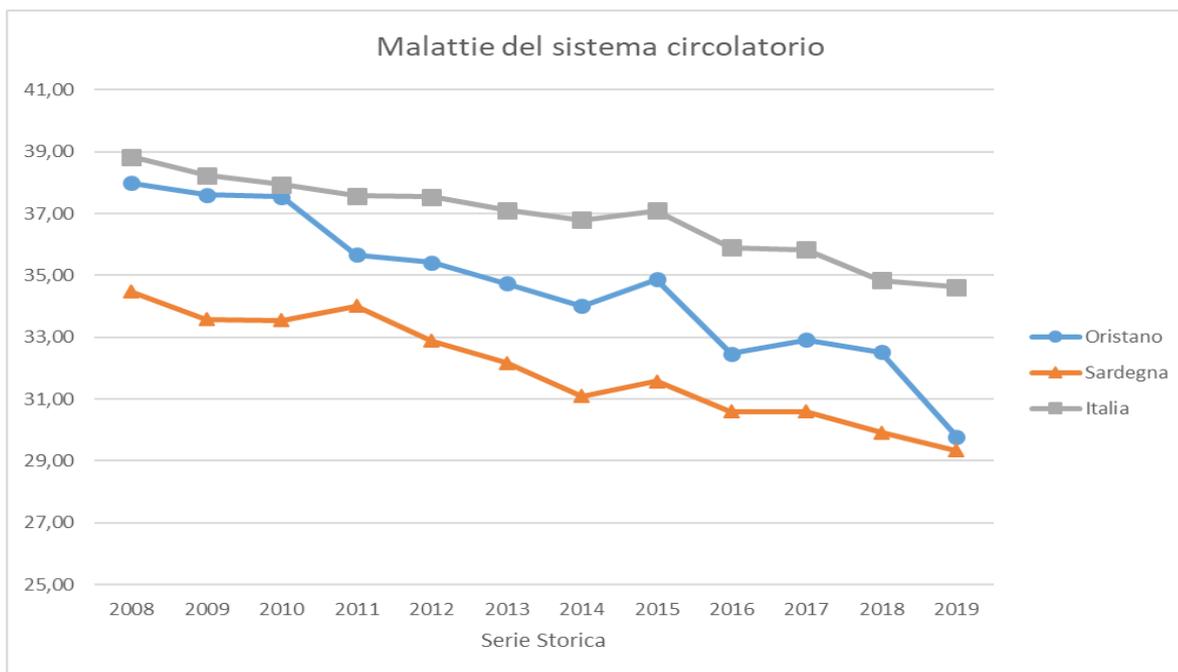
Cause di morte: Istat 2018-2019

Il dato sulla mortalità totale (di seguito rappresentato dal tasso standardizzato), nella provincia di Oristano nell'ultimo decennio mostra una tendenza in diminuzione e sempre inferiore al dato nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità consente di confrontare i livelli di mortalità rispetto ad altre realtà, controllando l'effetto delle differenze di struttura per età delle popolazioni.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2008-2019

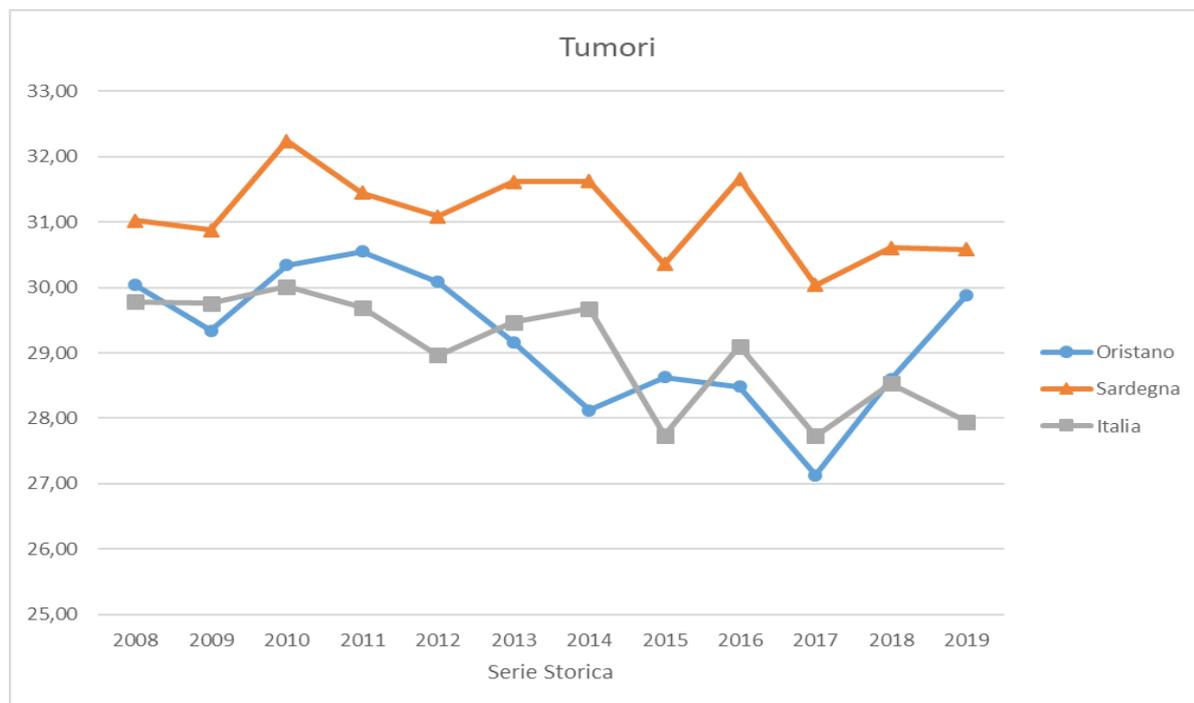
La mortalità in provincia per le malattie del sistema circolatorio si attestano su valori sempre inferiori al dato nazionale (34%) ma equivalenti al dato regionale (29%).



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2008-2019

Oltre il 76% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema circolatorio sono da attribuire alle malattie cerebrovascolari (24% nel 2019), ad altre malattie del cuore (27% nel 2019) e ad altre malattie del sistema circolatorio (25% nel 2019); nel 2019 il 10,3% delle cause di morte di tale gruppo di malattie sono da attribuire all'infarto del miocardio acuto.

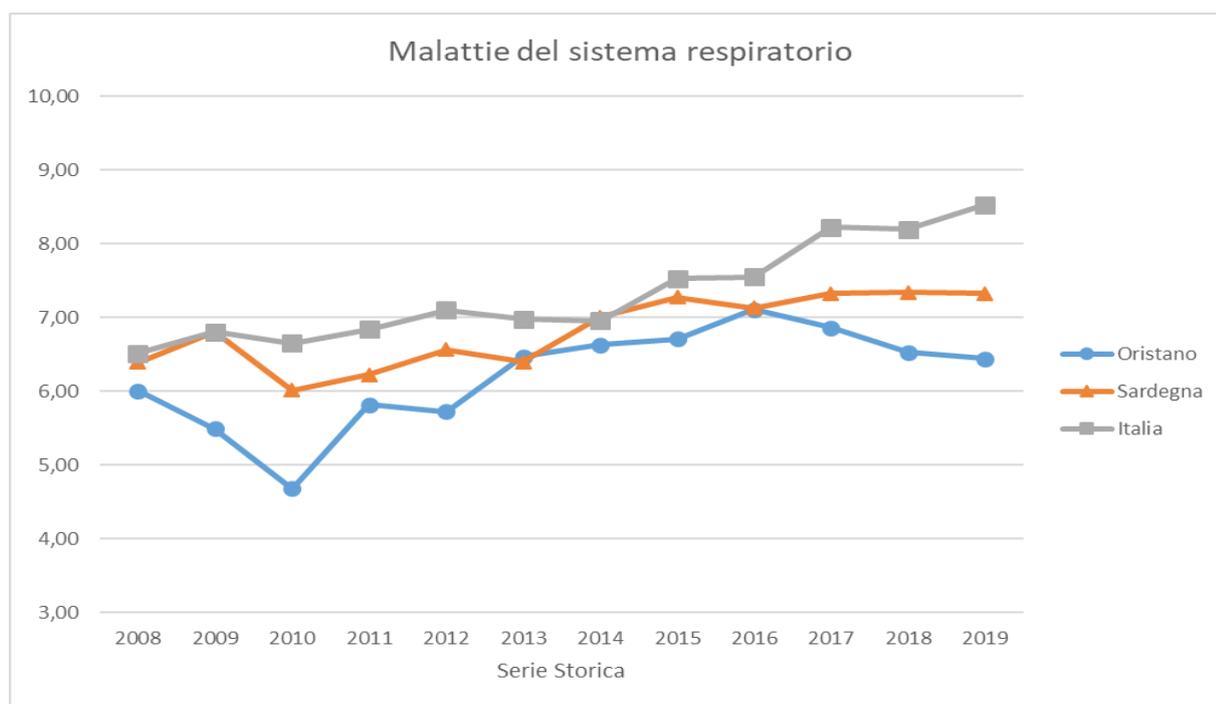
La mortalità per tumori nella provincia di Oristano si attestano su valori sempre molto vicini al dato nazionale ma inferiori al dato regionale, con una costante riduzione dal 2011 al 2017.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2008-2019

Quasi il 42% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo dei tumori sono da attribuire ai tumori maligni di trachea, dei bronchi e dei polmoni (19% nel 2019), ai tumori maligni del colon, del retto e dell'ano (14% nel 2019), agli altri tumori maligni (12% nel 2019), ai tumori maligni del seno (8% nel 2019), ai tumori maligni del pancreas (8% nel 2019).

Per quanto riguarda la mortalità delle malattie del sistema respiratorio, questa si attesta su valori inferiori rispetto al dato nazionale (scostamento di 2,08%) e regionale (0,8%), con un trend stabile rispetto al 2018.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2008-2019

Il 92% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema respiratorio sono da attribuire alle malattie croniche delle basse vie respiratorie (40% nel 2019), seguito da polmonite (28% nel 2019) e ad altre malattie del sistema respiratorio (28% nel 2019); nel 2019 il 5% e il 3% delle cause di morte di tale gruppo di malattie sono da attribuire rispettivamente ad influenza e asma, in discesa dal 2017.

**Classifica della Mortalità evitabile per tutte le cause
di cui trattabile (AD) o prevenibile (PD)
Decessi 0-74 anni - giorni perduti std pro capite Dati 2016-2018**

	Totale (TD)	Trattabile (AD)	Prevenibile (PD)
Media Nazionale	17,6	6,8	10,8
Sardegna	18,6 (17)	6,8 (12)	11,7 (18)
Cagliari	17,7 (57)	6,7 (59)	11,0 (66)
Nuoro	20,2 (101)	7,0 (67)	13,2 (103)
Oristano	19,5 (87)	7,5 (85)	12,0 (88)
Sassari	19,3 (84)	7,3 (77)	12,0 (89)
Sud Sardegna	19,6 (92)	6,7 (58)	12,9 (102)

MEV(i) ed. 2020-2021

In parentesi è riportato il posizionamento rispetto alle regioni/province d'Italia

L'analisi della mortalità evitabile aiuta a contrastare i decessi prematuri dovuti a cause di morte prevenibili e trattabili.

La mortalità prevenibile è evitabile tramite interventi di prevenzione primaria (stili di vita, alimentazione, ecc.) cioè prima dell'insorgenza di malattie o infortuni per ridurne l'incidenza.

La mortalità trattabile è evitabile tramite diagnosi tempestive e cure efficaci, cioè dopo l'insorgenza di malattie, per ridurre la mortalità.

In provincia di Oristano i giorni perduti std pro-capite pari a 19,5 si differenziano dal dato nazionale e regionale rispettivamente per due e un giorno (la provincia con il valore più basso è Treviso con 13,9 giorni e quella con il valore più alto è Caserta con 22,5 giorni). Nella classifica delle province italiane la miglior posizione sia per mortalità trattabile che evitabile è quella di Treviso con valori pari a 5,1 e 8,8. La posizione peggiore per la mortalità prevenibile spetta invece alla provincia di Sondrio con valori pari a 14,8 (nonostante registri un buon valore di mortalità trattabile pari a 5,6 giorni). La posizione peggiore per mortalità trattabile invece spetta alla provincia di Caltanissetta con 9,3 giorni. In regione Sardegna Cagliari assume valori prossimi alla media nazionale.

Per quanto riguarda le patologie prevalenti il quadro epidemiologico è caratterizzato dall'alta incidenza di patologie autoimmuni, in modo particolare dal diabete tipo 1, sclerosi multipla, artrite reumatoide; primato che è condiviso anche dalle altre province della regione Sardegna.

Le patologie per cui abbiamo questi tristi primati, sono malattie croniche, invalidanti che durano tutta la vita con, alcune, alterne fasi di riacutizzazione e remissione e che hanno una notevole incidenza sulla qualità della vita dei pazienti. Per questi motivi richiedono un follow-up attento, continuo e di buon livello specialistico. Le fasi di riacutizzazione richiedono sovente l'ospedalizzazione per praticare le terapie idonee o monitorare l'andamento della malattia almeno in day hospital.

L'aumento di incidenza del diabete mellito, l'alta prevalenza delle malattie cardiovascolari, l'invecchiamento della popolazione stanno determinando inoltre un forte aumento dell'incidenza dell'uremia cronica terminale con la necessità di trattamento dialitico.

Lo studio di sorveglianza PASSI tra il 2017 e il 2020 ha rilevato che in Italia il 18% delle persone intervistate, fra 18 e 69 anni, ha riferito che nel corso della vita un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 69 anni, sono le malattie respiratorie croniche (circa 7%), le malattie cardiovascolari e il diabete (5%), e i tumori (4%); al contrario, le malattie croniche del fegato, l'insufficienza renale e l'ictus (1%) sono le meno frequenti.

Dal grafico che segue si può notare come la variabilità regionale della cronicità, non descrive un chiaro gradiente geografico, perché si registrano prevalenze più elevate in alcune Regioni del meridione, come in Sardegna (25%) o in Campania (21%) ma anche tra le Regioni del Nord come in Liguria (22%) o in Friuli Venezia Giulia (23%). Analogamente accade per la policronicità.

Indicatori - PASSI 2017-2020

	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologie cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidity) *
Abruzzo	85.1	14.9	3.9
Basilicata	82.8	17.2	3.3
Calabria	82.4	17.6	4.9
Campania	79.4	20.7	6.5
Emilia Romagna	80.1	19.9	4.4
Friuli Venezia Giulia	77.1	22.9	5.7
Lazio	81.7	18.3	4.4
Liguria	78.5	21.5	4.5
Lombardia			
Marche	83.3	16.7	3.7
Molise	87.3	12.8	2.1
Piemonte	80.8	19.2	4.5
Provincia di Bolzano	84.4	15.6	3.5
Provincia di Trento	82.6	17.4	2.5
Puglia	86.1	13.9	3.0
Sardegna	75.4	24.7	7.0
Sicilia	82.8	17.2	4.1
Toscana	83.3	16.7	3.1
Umbria	81.3	18.7	3.8
Valle d'Aosta	78.2	21.8	7.0
Veneto	80.9	19.1	3.5
Italia	81.6	18.4	4.4

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

■ migliore del valore nazionale

Sudio di Sorveglianza PASSI 2017-2020

Considerazioni conclusive

I dati epidemiologici, unitamente a quelli demografici, fanno prevedere un sempre crescente aumento della domanda sanitaria dovuto sia all'invecchiamento della popolazione, sia all'alta prevalenza di alcune patologie come quelle cardiovascolari, tumorali o della malattia diabetica con le relative complicanze.

La transizione demografica, la transizione epidemiologica, l'uso di moderne tecnologie ad alto costo, sono i determinanti principali dell'aumento della spesa sanitaria.

Gli interventi per la gestione dei servizi sanitari nei confronti della popolazione dovrebbero pertanto prevedere azioni finalizzate alla prevenzione primaria delle malattie, al governo ed al riorientamento della domanda e alla razionalizzazione dell'offerta di servizi in termini di appropriatezza.

Più in particolare le azioni prioritarie da impostare si ritiene debbano orientarsi sui seguenti obiettivi.

Sul fronte della prevenzione:

- Proseguire con le attività di screening oncologici sul carcinoma della cervice uterina, sul carcinoma della mammella e sul cancro del colon-retto, per i quali sono presenti ormai sicure prove di efficacia degli interventi.
- L'utilizzo delle carte di rischio cardiovascolare, la prevenzione delle complicanze del diabete, la prevenzione dell'obesità e gli interventi di educazione sanitaria su una sana alimentazione che interverranno per limitare l'alta incidenza di patologie dell'apparato cardiovascolare.
- La sorveglianza degli incidenti stradali, domestici e sul lavoro daranno informazioni utili per campagne di prevenzione in questo campo che rappresenta una delle maggiori cause di disabilità a breve ed a lungo termine.

Sul fronte della domanda:

- qualificare la domanda in rapporto a bisogni reali e documentati da evidenza di efficacia e di sostenibilità sul piano economico. In particolare s'intende proseguire le attività rivolte soprattutto ai medici prescrittori di sensibilizzazione e promozione dell'appropriatezza prescrittiva, non solo per ciò che concerne l'uso dei farmaci, ma anche per limitare il ricorso, quando non opportunamente giustificato, alle prestazioni diagnostico-strumentali. A tal proposito risulta utile la corretta adozione dei PDTA per la presa in carico dei pazienti cronici per Scompenso Cardiaco, BPCO e Diabete della nostra ASL.

Sul fronte dell'offerta:

- potenziare/migliorare l'offerta dei servizi in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie a maggiore prevalenza e costo per il sistema.

C. Missione e distribuzione dei servizi nel territorio

L'azienda sanitaria di Oristano, assume come principi generali della propria missione la promozione, il mantenimento e il miglioramento della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente, a qualsiasi titolo, nel proprio ambito di competenza territoriale, al fine di consentire la migliore qualità della vita possibile e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza mediante programmi e

azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio-assistenziale nazionale e regionale, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, economicità, adeguatezza e qualità.

In quanto promotrice di politiche per la tutela della salute nella più ampia accezione, la ASL di Oristano ricerca il contributo dell'insieme degli attori, istituzionali e non, capaci di contribuire al raggiungimento dei propri obiettivi; a tal fine valorizza lo strumento della programmazione partecipata con gli Enti Locali nell'ambito della Conferenza Territoriale sanitaria e socio-sanitaria, con gli organismi di rappresentanza dei cittadini e con le Organizzazioni Sindacali.

L'azienda soddisfa i bisogni di salute della popolazione attraverso specifici interventi sanitari nell'ambito del sistema di cure, organizzando direttamente, o acquisendo presso altre strutture pubbliche o private accreditate, le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo appropriato la domanda espressa da tali bisogni.

Nel perseguimento dei propri scopi istituzionali, l'Azienda conforma la propria azione ai seguenti principi:

- centralità della persona, intesa sia come singolo soggetto, autonomo, responsabile e capace, sia come associazione di persone in comitati o enti impegnati nel settore socio-sanitario, con costante riferimento alla comunità locale e promozione e garanzia di partecipazione dei cittadini e di coordinamento con il sistema degli Enti Locali;
- rispetto della dignità umana, dell'equità e dell'etica professionale;
- perseguimento dei LEA uniformi nel territorio, al fine di ridurre le disuguaglianze nell'accessibilità e fruibilità dei servizi, favorendo l'accesso alle prestazioni da parte degli utenti in modo libero e capillare, con particolare riguardo alle categorie più deboli;
- implementazione delle metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica i temi della medicina basata sulle evidenze, dell'appropriatezza e dell'efficacia;
- valorizzazione delle risorse umane volta al massimo sviluppo della professionalità (sviluppi di carriera, formazione, aggiornamento professionale, sistema premiante, ecc.) in un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori, nonché di favorirne la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti;
- promozione dell'umanizzazione dell'assistenza alle persone sofferenti nel rispetto della qualità della vita degli ammalati e dei loro familiari;
- rispetto del principio di trasparenza dell'azione amministrativa, attraverso l'adozione di strumenti finalizzati a snellire i processi decisionali e a semplificare i procedimenti amministrativi di competenza e, pertanto, a rendere visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati;
- implementazione del necessario e stretto collegamento tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale e della indispensabile integrazione tra assistenza sanitaria e sociale;
- sostenibilità economica dei servizi offerti attraverso la programmazione dell'uso delle risorse disponibili, secondo priorità dettate dal soddisfacimento dei bisogni fondamentali di salute, dall'evidenza scientifica dell'efficacia degli interventi e dalla garanzia di continuità ed integrazione delle risposte;

- individuazione del sistema *budgetario* quale strumento fondamentale di responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego delle risorse, la verifica costante dei risultati raggiunti e il miglioramento permanente degli standard qualitativi;
- costante rafforzamento delle politiche aziendali di valorizzazione dei principi del buon andamento e della legalità, attraverso la cura delle buone pratiche amministrative, il monitoraggio delle aree a maggior rischio corruttivo, nell'accezione lata che ne danno la L. 190/2012 e le disposizioni collegate;
- sviluppo dei processi di assunzione delle complete responsabilità connesse al proprio ruolo professionale, del rispetto delle pari opportunità, della cura di meccanismi di individuazione e immediato sradicamento di comportamenti discriminatori o contrari al benessere organizzativo.

L'organizzazione e il funzionamento dell'azienda nonché l'attività delle diverse strutture organizzative sono improntate ai seguenti criteri:

- integrazione tra strutture/servizi/unità organizzative, caratterizzate da una diffusa interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, secondo una logica organizzativa di tipo reticolare e attraverso l'adozione di soluzioni organizzative-gestionali di processo;
- efficienza produttiva, intesa come corretto e razionale utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse umane, tecnologiche e strumentali a disposizione;
- efficacia interna (raggiungimento degli obiettivi prefissati in sede di programmazione) ed esterna (soddisfacimento dei bisogni assistenziali della popolazione di riferimento);
- orientamento al dinamismo inteso come sviluppo della flessibilità, dell'innovazione e della propensione al cambiamento organizzativo in funzione delle dinamiche di contesto;
- distinzione tra le funzioni della pianificazione strategica, di competenza della Direzione Aziendale e la responsabilità gestionale dei vari livelli organizzativi sulle funzioni di competenza.
- dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo.

La ASL di Oristano assicura nel proprio territorio i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

I livelli essenziali di assistenza si articolano nelle attività, servizi e prestazioni di seguito illustrati.

Le Attività di Prevenzione Collettiva della ASL di Oristano sono assicurate dal Dipartimento di Prevenzione, preposto all'organizzazione ed alla promozione, nel territorio, delle attività di prevenzione collettiva e tutela della salute della popolazione mediante la modifica degli stili di vita, il miglioramento dell'ambiente e la prevenzione dei fattori di malattia anche emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità.

L'Assistenza Ospedaliera assicura la diagnosi e la cura di malattie acute e post acute o che necessitano di interventi d'urgenza e che richiedono il supporto dei reparti specialistici e di base. Le diverse strutture operative sono aggregate in una organizzazione di tipo Dipartimentale.

L'Assistenza Sanitaria Territoriale Distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. In particolare, vengono svolte attività legate alla Medicina di Base, Pediatria e Continuità Assistenziale, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Assistenza specialistica ambulatoriale, Servizi per la prevenzione e cura della salute mentale e delle dipendenze, Servizi Consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, l'assistenza sanitaria essenziale agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio, Assistenza Farmaceutica Territoriale.

L'ASL è divisa in tre distretti che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti:

- Distretto socio-sanitario Ghilarza - Bosa;
- Distretto socio-sanitario Oristano;
- Distretto socio-sanitario Ales – Terralba.

I tre Distretti sono fortemente differenziati quanto a tipologia dell'offerta di servizi sanitari e a presenza di strutture sanitarie pubbliche a diretta gestione aziendale o private accreditate.

Le caratteristiche della struttura orografica e viaria rappresentano un elemento di forte limitazione nella possibilità di fruizione da parte della popolazione residente dei servizi offerti; le strade principali sono infatti posizionate in senso longitudinale rispetto all'estensione della Provincia, su un asse che collega i due centri sanitari principali di Cagliari e Sassari che costituiscono, in modo rilevante, poli di attrazione anche per prestazioni a non elevato tasso di specializzazione. I percorsi viari trasversali sono poco sviluppati e spesso tortuosi, non funzionali alle esigenze di rapido e comodo collegamento anche in rapporto alla relativa inadeguatezza dei servizi di trasporto pubblico. Tale situazione comporta una forte migrazione dei cittadini verso le ASL limitrofe soprattutto per i residenti nei territori di confine provinciale.

Le strutture sanitarie, pubbliche e private, attraverso le quali si provvede all'offerta dei servizi sul territorio aziendale sono distribuite, presso i tre distretti, nella maniera seguente.

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE
Distretto di Oristano		9 punti di guardia medica (+2 nel periodo estivo)	
		46 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2022)	
		4 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2022)	
	Oristano	1 Presidio Ospedaliero PO San Martino (263 posti letto. Fonte HSP12/2022)	1 Casa di Cura Madonna del Rimedio (120 pl. Fonte HSP12/2022) (comprende anche l'attività di specialistica ambulatoriale)
		1 Centro di Salute Mentale	1 Centro polispecialistico
		1 Poliambulatorio	3 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	2 Laboratori analisi
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	3 Studi di Radiologia
		1 Punto di soccorso avanzato 118	1 Studio di Cardiologia
		1 SER.D	
		1 SISP - Vaccini Covid-Oristano	
		1 Pres. Pneumotisiologico	
		1 Consultorio	
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
		1 Centro FKT	
		1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
		1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza	
		1 Hospice Residenziale e Ambulatoriale	
		1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 Centro Dialisi	
	Samugheo	1 Poliambulatorio	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Cabras	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
Simaxis	1 Ambulatorio Igiene Pubblica		
Nurachi	1 Ambulatorio Igiene Pubblica		
Palmas Arborea	1 Ufficio del Servizio Veterinario		
Milis	1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale – Assistenza agli Anziani	
Tramatza	1 Ambulatorio Igiene Pubblica		
Siamanna	1 Ufficio del Servizio Veterinario		
Santa Giusta		1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica	

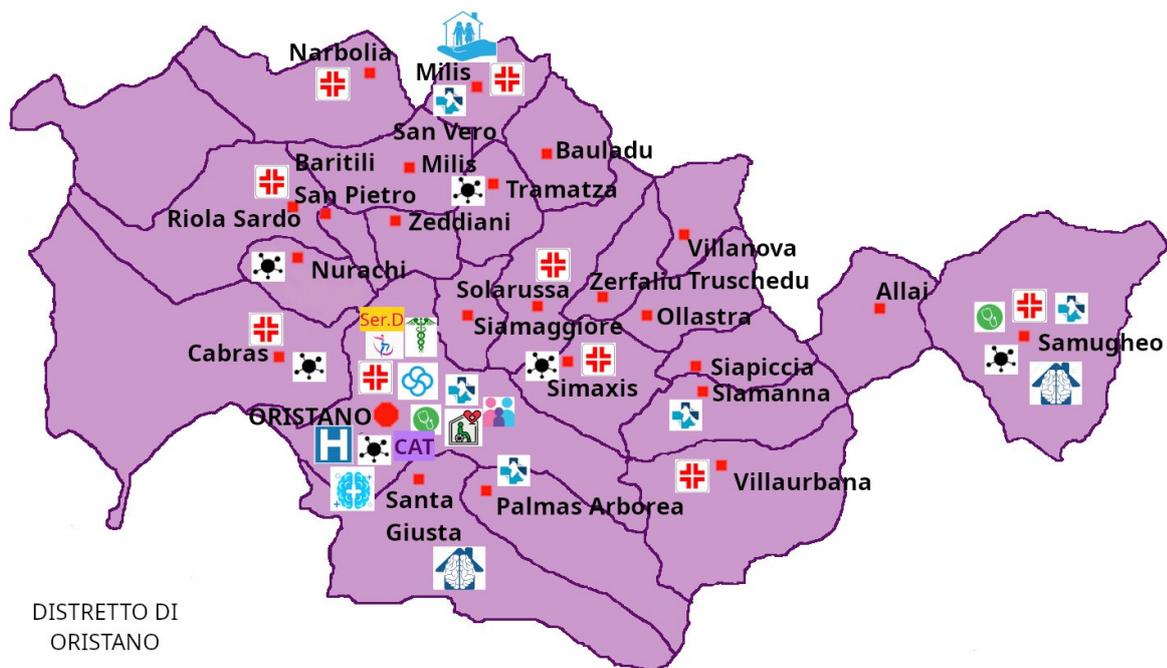
	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	
Distretto di Ales Terralba		10 Punti di Guardia Medica		
		27 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2022)		
		5 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2022)		
	Ales		1 Poliambulatorio	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
			1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
			1 Punto di soccorso avanzato 118	
			1 Centro di Salute Mentale	
			1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
			1 Consultorio	
			1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza		
	Terralba		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	1 Centro FKT
			1 Poliambulatorio	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
			1 Centro di Salute Mentale	1 Laboratori analisi
			1 Centro FKT	
			1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
			1 Consultorio	
			1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
	Mogoro		1 Poliambulatorio	
			1 Consultorio	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Morgongiori			1 Struttura Residenziale – Assistenza Tossicodipendenti/Alacoldipendenti
Villa Sant'Antonio		1 Poliambulatorio		
		1 Consultorio		
Laconi		Casa della Salute		
		1 Ufficio del Servizio Veterinario		
Siris			1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica +NPIA	
Arborea		1 Ufficio del Servizio Veterinario		

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE
Distretto di Ghilarza -Bosa		8 Punti di Guardia Medica (+1 nel periodo estivo)	
		24 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2022)	
		4 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2022)	

Ghilarza	1 Presidio Ospedaliero PO Delogu (40 posti letto. Fonte HSP12/2022)	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
	1 Poliambulatorio	1 Ambulatorio e Laboratorio – Attività Clinica + Assistenza NPIA
	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	1 Centro FKT	
	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
	1 Centro di Salute Mentale	
	1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
	1 Consultorio	
	1 Servizio di Farmacia territoriale	
	1 Centro Dialisi ad attività limitata	
	Cuglieri	1 Ambulatorio Igiene Pubblica
1 Ufficio del Servizio Veterinario		
1 Poliambulatorio		
1 Centro FKT		
1 Consultorio		
Santu Lussurgiu	1 Poliambulatorio	
	1 Consultorio	
Busachi	1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
	1 Poliambulatorio	
	1 Consultorio	
Abbasanta		1 Laboratori analisi
		1 Struttura Semiresidenziale - Assistenza Psichiatrica
Fordongianus		1 Centro Termale
Suni		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
Bosa	1 Presidio Ospedaliero PO Mastino (34 posti letto. Fonte HSP12/2022)	
	1 Poliambulatorio	
	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	1 Consultorio	
	1 Centro FKT	
	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
	1 Centro di Salute Mentale	
	1 Servizio di Farmacia territoriale	
1 Centro Dialisi ad attività limitata		

Dati all'01.01.2022

Di seguito la rappresentazione geografica della dislocazione dei principali servizi sanitari per singolo Distretto Socio Sanitario



- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|  | P.O. San Martino |  | Guardia medica |
|  | Casa di cura
Madonna del Rimedio |  | Centro dialisi |
|  | Poliambulatorio |  | Servizio per le Dipendenze |
|  | Ambulatorio di igiene pubblica |  | Centro di salute mentale |
|  | Ufficio del Servizio veterinario |  | Hospice Residenziale
e Ambulatoriale |
|  | Consultorio |  | Struttura residenziale
Assistenza Psichiatrica |
|  | Centro di riabilitazione |  | Struttura residenziale
Assistenza agli anziani |
|  | Servizio di farmacia territoriale | | |



DISTRETTO DI
BOSA - GHILARZA

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|  | P.O. Delogu (Ghilarza)
P.O. Mastino (Bosa) |  | Guardia medica |
|  | Ufficio del Servizio veterinario |  | Centro dialisi ad attività limitata |
|  | Poliambulatorio |  | Centro di salute mentale |
|  | Ambulatorio di igiene pubblica |  | Struttura residenziale
Assistenza tossicodipendenti
e alcolodipendenti |
|  | Centro di riabilitazione |  | Struttura residenziale
Assistenza Psichiatrica |
|  | Servizio di farmacia territoriale |  | Neuropsichiatria infanzia
e Adolescenza (NPJA) |
|  | Consultorio |  | Terme di Sardegna |

DISTRETTO DI
ALES - TERRALBA



 Punto di soccorso Avanzato 118

 Casa della Salute

 Poliambulatorio

 Ambulatorio di igiene pubblica

 Ufficio del Servizio veterinario

 Servizio di farmacia territoriale

 Consultorio

 Guardia medica

 Neuropsichiatria infanzia e Adolescenza (NPIA)

 Centro di salute mentale

 Struttura residenziale Assistenza tossicodipendenti e alcolodipendenti

 Struttura residenziale Assistenza Psichiatrica + NPIA

Sezione II – Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

A. Valore Pubblico

Il concetto di valore pubblico in sanità può essere definito come la capacità di interpretare i bisogni di salute da parte dell'Azienda Sanitaria Locale nel territorio di riferimento, fornendo risposte adeguate al cittadino. In questi ultimi anni tale proposito è reso più difficoltoso a causa dei problemi legati al periodo della pandemia da Covid-19 e per i gravi problemi che si riscontrano costantemente nel reclutamento di medici e infermieri. La carenza di medici e di personale infermieristico nel mercato del lavoro, sia regionale ma anche nazionale, non permette di soddisfare l'intero fabbisogno nonostante le diverse procedure di assunzione espletate. Questa situazione, presente ormai da alcuni anni e che è destinata a perdurare ancora, crea seri problemi nell'assicurare un'adeguata assistenza: infatti l'offerta di prestazioni da parte del sistema sanitario non è più adeguata sia in ambito ospedaliero che territoriale rispetto ad una domanda che si presenta sempre più in crescita. Questi elementi di criticità si pongono quindi quali importanti ostacoli da superare per raggiungere gli obiettivi che questa azienda si pone nel prossimo futuro.

Gli obiettivi che questa Azienda intende perseguire nel triennio 2023-2025 sono riconducibili sia al Progetto di riforma del Servizio Sanitario Regionale dettato dalla LR 24/2022 che al Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024 e sono altresì coerenti con quanto contenuto nel Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77, adottato dalla giunta regionale il 14.12.2022 con delibera n. 37/24.

Tra gli obiettivi aziendali prioritari vi sono la riorganizzazione delle attività territoriali e il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi.

Per perseguire tali obiettivi, a livello organizzativo si prevede il consolidamento delle funzioni proprie dei Distretti Socio Sanitari riferibili all'individuazione e al governo della domanda della comunità locale e di presa in carico del paziente, garantendo una risposta nel livello più appropriato. Il ruolo che il Direttore del Distretto assumerà, nel governo della domanda e della risposta più appropriata nell'erogazione dei servizi a livello locale, è strategico e contribuirà nel progetto di individuazione e implementazione di forme organizzative più funzionali ai bisogni di cura della comunità. Una corretta presa in carico del paziente, soprattutto "fragile", deve seguire anche logiche di integrazione sociosanitarie e spesso di supporto alla famiglia. Questo modo di intendere l'assistenza necessita sicuramente di sforzi e cambiamenti culturali e organizzativi da costruire nel tempo.

Una piena comprensione dei fenomeni epidemiologici è alla base di un efficace processo decisionale in quanto strumento per una percezione corretta delle necessità assistenziali. Altrettanto importante è sviluppare le capacità nel raccogliere, correlare ed elaborare le informazioni in nostro possesso per conoscere e comprendere i fenomeni sanitari. Risulta infine necessario contabilizzare al meglio e monitorare le attività che interessano i diversi livelli assistenziali per comprendere ove le risorse sono consumate e individuare le inefficienze in rapporto alle attività svolte.

Per quanto riguarda l'attuale modello organizzativo ospedaliero, la logica che guida attualmente l'erogazione delle prestazioni ospedaliere e l'organizzazione delle attività è una logica di ospedale di rete ove tutti gli

ospedali aziendali si trasformano in strutture flessibili che garantiscono prestazioni sia con l'utilizzo di risorse dedicate stabilmente sia con risorse disponibili nella rete aziendale.

Per questi motivi, in linea con i dettami della riforma di cui alla LR 24/2020, del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024 e del Provvedimento generale adottato dalla giunta regionale di programmazione dell'assistenza territoriale, tra i diversi obiettivi il potenziamento dell'assistenza territoriale è da considerarsi prioritario e maggiormente impegnativo per la difficoltà di far decollare i nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio in un contesto in cui si tende a privilegiare l'assistenza in ospedale.

Gli obiettivi Aziendali nei suoi primi anni di attività saranno incentrati inoltre sull'espletamento degli adempimenti collegati alla nascita della nuova ASL di Oristano, alla riorganizzazione aziendale anche a seguito dell'approvazione del nuovo atto aziendale, e all'implementazione dei progetti legati alla riforma del Servizio sanitario regionale in atto, nonché al Patto per la Salute 2019-2021 e ai progetti indicati nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR missione 6 salute).

Proseguiranno poi le azioni di contrasto allo sviluppo della pandemia da Covid 19 che in maniera dinamica assume scenari sempre diversi e imprevedibili e continua ad assorbire risorse sia economiche che umane.

In sintesi, i risultati che l'Azienda si prefigge si riferiscono ad una riqualificazione dell'offerta assistenziale unitamente al perseguimento di una migliore efficienza nella gestione delle risorse, senza peraltro pregiudicare la piena assicurazione dei LEA. In un momento di crisi quale quello che sta attraversando la sanità sia a livello nazionale che regionale, non si è ritenuto di dover applicare esclusivamente misure di contenimento dei costi ma si è deciso di investire in progetti di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di perseguimento di migliori standard assistenziali.

Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica. Offerta di prestazioni e servizi

Il ruolo del Dipartimento di Prevenzione è quello di intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione per fornire risposte adeguate, sviluppare strategie di intervento e promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona.

Il Dipartimento svolge la propria attività di promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, della sicurezza alimentare e del benessere animale secondo piani pluriennali di intervento nazionali e regionali contenenti obiettivi e target di riferimento già definiti. Le attività svolte sono sempre più intersettoriali e in raccordo con tutti i nodi della rete sociosanitaria per un utilizzo coordinato delle risorse interne ed esterne al sistema sanitario.

Igiene e Sanità Pubblica

Anche l'attività di tale livello assistenziale è stato influenzato dagli eventi della pandemia. Tutti i servizi hanno risentito degli eventi legati al periodo di emergenza, ma sicuramente più di tutti il servizio di Igiene e Sanità Pubblica è stato coinvolto immediatamente nella gestione di tutte le attività legate al piano emergenziale locale. L'anno 2021 è stato sicuramente caratterizzato dal notevole impegno profuso per la somministrazione dei vaccini; attività portata avanti dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nell'ambito della campagna vaccinale anche nell'anno 2022. Di seguito si riportano alcuni dati:

Vaccini somministrati ai residenti della ASSSL di Oristano al 24.10.2021

	Valore assoluto	%
Numero Dosi Somministrate	217.141	
Soggetti vaccinabili	142.587	
Soggetti vaccinabili non vaccinati	22.928	16,1%
Soggetti vaccinati con 1 dose	7.281	5,1%
Soggetti vaccinati con 1 dose Janseen	2.908	2,0%
Soggetti vaccinati con 2 dosi	109.470	76,8%
Soggetti vaccinati con almeno 1 dose	119.659	83,9%
Soggetti con ciclo completo di vaccinazione	112.378	78,80%

Fonte: Portale Poste

Oltre al grande impegno dedicato alla gestione del periodo emergenziale il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha svolto i propri compiti istituzionali quali quelli, per esempio, dello svolgimento delle altre campagne vaccinali che di seguito si rappresentano:

ATTIVITA' VACCINALE	
Numerosità della coorte 2019 (denominatore):	751
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2021
Polio ^(a)	708
Difterite ^(a)	708
Tetano ^(a)	708
Pertosse ^(a)	708
Epatite B ^(a)	708
Haemophilus influenzae tipo b ^(b)	708
Morbillo [®]	703
Parotite ^(c)	703
Rosolia ^(c)	703
Varicella ^(c)	703
Meningococco C coniugato ^(b)	654
Pneumococco coniugato ^(b)	682
(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi	
(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età	
(c) 1 ^a dose entro 24 mesi	
Altri vaccini somministrati, anche se non inseriti nel calendario della Regione/P.A.	

Vaccino	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2021
Epatite A	1
Rotavirus	540
Meningococco B	538
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	654
Vaccino	Numero prime/secondo dosi al 31/12/2021
MPRV: prima dose	700
MPRV: seconda dose ^(d)	0
(d) nei casi in cui la seconda dose venga anticipata, rispetto all'età prevista nel calendario vaccinale	

Cicli vaccinali completati al 31/12/2021														
Vaccinazione anti-HPV Femmine														
Coorte dell'anno	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV=solo Femmine)	534	571	591	529	621	593	601	628	652	645	647	633	662	664
Vaccino														
HPV (prima dose)	338	487	476	410	457	480	481	510	552	540	571	545	594	476
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	215	316	385	362	416	437	432	480	534	508	529	514	557	449
Vaccinazione anti-HPV Maschi														
Coorte dell'anno	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV=solo Maschi)	632	644	567	635	631	578	602	632	630	660	685	679	506	703
Vaccino														
HPV (prima dose)	337	424	353	362	86	18	19	7	3	3	3	1	2	0
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	227	289	271	298	56	14	13	6	3	3	3	0	1	0

Gli Screening Oncologici

Altra importante attività che è proseguita con grande difficoltà e che ha subito una flessione in diminuzione è quella legata agli screening oncologici.

Durante l'anno 2021 l'attività dedicata ai 3 screening oncologici (cervice uterina, mammella e colon retto) è continuata sulla scia delle nuove modalità imposte dalla pandemia, che ha causato un importante aumento dei carichi di lavoro per il personale operante nelle attività di segreteria. Si è dovuto operare non più con lettera di invito postale con appuntamento prefissato in overbooking (come succedeva fino a inizio 2020) ma fissando telefonicamente ogni singolo appuntamento disponibile nelle agende degli screening per il tumore della cervice uterina e della mammella, appuntamenti per i quali era anche necessario procedere a un pretriage telefonico.

Anno	Screening Cervice Uterina			Screening Mammografico			Screening Colon Retto		
	Inviti al 1° livello*	Numero di aderenti**	Tasso di adesione	Inviti al 1° livello*	Numero di aderenti**	Tasso di adesione	Inviti al 1° livello*	Numero di aderenti* *	Tasso di adesione
Survey 2019	10.587	5.510	52%	5.962	3.711	62%	10.577	4.356	41%
Survey 2020	5.590	1.904	34%	2.669	1.636	61%	4.938	1.651	33%
Survey 2021-dati parziali***	14.948	4.295	29%	5.070	2.100	41%	11.102	3.839	35%

*invitate tra il 01/01/2019 e il 31/12/2019 per la survey 2019; invitate tra il 01/01/2020 e il 31/12/2020 per la survey 2020.

** aderenti agli inviti del 2019 fino al 30/04/2020 per la survey 2019; aderenti agli inviti del 2020 fino al 30/04/2020 per la survey 2020.

***dati al 15/03/2022. (invitati tra l' 01/01/2021 e il 31/12/2021.)

Fonte dati: ONS (Osservatorio Nazionale screening):

GISci (Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma)

GISMa (Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico)

GISCoR (Gruppo Italiano Screening tumori colonrettali)

A causa della diminuzione del tasso di adesione verificatosi a causa del COVID, è stato necessario anche aumentare il numero di inviti per poter riuscire a garantire un buon riempimento delle agende. Tali agende attualmente, causa COVID, vedono una distribuzione degli appuntamenti cadenzata ogni 20/30 minuti, a seconda dell'attività prevista e della logistica delle strutture interessate, al fine di evitare affollamenti nelle sale di aspetto e per consentire le procedure di sanificazione degli ambienti/apparecchiature utilizzate. Ciò ha determinato una riduzione importante degli slot disponibili per gli appuntamenti di primo livello dello screening mammografico e cervicale.

Le adesioni registrate nel 2021 iniziano a riavvicinarsi ai dati del 2019, pur non recuperando appieno, sia per lo screening del tumore della cervice uterina che per lo screening coloretale. Per quanto riguarda invece lo screening per il tumore della mammella, l'attività ha risentito di un lungo periodo di blocco delle attività (da luglio 2021), causa lavori di ristrutturazione della Radiologia di Oristano, e ha avuto solo un minimo

bilanciamento per lo spostamento dell'attività presso la Radiologia del PO di Ghilarza, nel quale sono state programmate due sedute settimanali a partire da settembre 2021 (contro le sei sedute/settimana prima attive nella radiologia di Oristano).

L'Assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro

Il servizio SPRESAL è stato coinvolto, mediante delega dell'autorità giudiziaria, in attività di accertamento su fatti legati all'emergenza epidemica. Per tale motivo su alcuni ambiti l'attività ha subito una riduzione nell'anno 2020.

	2019	2020	2021
Indagini per infortuni sul lavoro	3	7	0
Indagini per malattie professionali	0	4	1.726
Lavoratori controllati	99	41	29
Interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria con piani mirati			
Aziende interessate	1.497	605	755
Aziende con interventi di vigilanza	2.250	2.406	1.438
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive)		2.975	0

Fonte dati: NSIS Mod FLS18 Quadro F

Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Con circolare congiunta della Direzione Generale della sanità animale e dei farmaci veterinari e della Direzione Generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione del Ministero della Salute, è stata disposta la sospensione di tutte le attività relative a campionamenti programmati e piani di sorveglianza fino al 30 aprile 2020, tranne le attività non differibili per rischio sanitario, elevato impatto economico o di benessere animale o gestionale; ciò al fine di limitare gli spostamenti del personale durante il periodo dell'emergenza per le sole attività urgenti e indifferibili.

Nel 2021 si assiste ad una generale ripresa dell'attività rispetto all'anno precedente; sono stati garantiti i volumi richiesti dai Piani di risanamento delle malattie animali e sono aumentate le verifiche in regime di emergenza urgenza. Sono inoltre aumentate, per riportarsi ai livelli del periodo pre pandemia, anche i controlli agli stabilimenti e attività commerciali e alle carni macellate. Anche i controlli sugli alimenti, le acque destinate al consumo umano e i prodotti sanitari sono aumentati rispetto all'anno precedente.

Ispezioni e Verifiche

	2019	2020	2021	(Delta % 2021-2020)
Alimenti e Nutrizione				
Alimenti	696	433	485	12%
Acque di destinazione al consumo umano	14	6	11	83%
Prodotti fitosanitari	27	29	38	31%
Sanità Animale				
Piani risanamento malattie animali	7.139	9.050	8.936	-1%
Controllo malattie infettive animali	21	14	737	5164%
Anagrafe ed identificazione animale	1.612	224	230	3%
Urgenze ed emergenze	70	85	90	6%
Allev. Prod. Zootecniche				
Latte	173	197		
Farmaci	135	55		
Alimentazione animale	16	13		
Benessere animale	63	115		
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	11	12		
Certificazioni con ispezione per export formaggi	679	470		
Alimenti di Origine Animale				
Stabilimenti e attività commerciali	406	2.384	2.235	-6%
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	835.093	862.027	893.405	4%
Agriturismo	110	53	43	-19%

Per quanto riguarda i campionamenti, questi prevedono un volume minimo richiesto su base regionale e ulteriori attività che vengono svolte solo a seguito dell'attivazione di sistemi di allerta o legate a esigenze epidemiologiche e eventi straordinari.

Campionamenti e Controlli

	2019	2020	2021	(Delta % 2021-2020)
Alimenti e Nutrizione				
Alimenti (farine, frutta, bevande, preparazioni gastronomiche)	230	294	372	27%
Acque destinate al consumo umano***	875	645	528	-18%
Sanità Animale				
Test Tubercolosi	60	15.907	17.153	8%
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	50.313	42.868	39.494	-8%
Vaccinazioni per malattie animali	51.418	40.841	47.085	15%
Allev. Prod. Zootecniche				
Latte e formaggi	120	51		
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	126	32		
Alimentazione animale	152	62		
Alimenti di Origine Animale				
Controllo malattie al macello	1.768	1.301	1.768	36%
Alimenti di origine animale	114	49	114	133%
Ricerca residui alimenti di origine animale	90	49	90	84%

Fonte dati: ***Izs (Istituto Zooprofilattico della Sardegna)

Attività di Medicina Legale e altre attività di Igiene e Sanità Pubblica

Le attività sotto elencate registrano una forte contrazione rispetto al periodo di pre pandemia soprattutto per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 con evidenti impatti a livello sociale. Rispetto all'anno 2019 si è avuta una contrazione del 72% nell'anno 2020 che si è parzialmente recuperata nel 2021 (-48%), con conseguenti allungamenti dei tempi di attesa delle chiamate per gli accertamenti.

Attività	2019	2020	2021
Utenti beneficiari vitalizio Legge 210/92	5	5	5
Patenti Co.Me.Lo.	2.380	1.714	1.669
Certificazioni per rilascio patenti	5.984	10	1.044
Certificazioni necroscopiche	680	66	195
Visite collegiali	12	4	2
Visite di idoneità porto d'armi	1.067	18	112
Visite per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 etc.	7.625	2.173	3.978
visite fiscali	-		
Altre certificazioni (certif. Elettorali,adozioni,deambulaz.ridotta)	420		97
Accertamenti Medico Legali richiesti dal giudice di sorveglianza o dal tribunale	-	1	3
ReNCam	1.471		

Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa

Gli obiettivi in tale ambito sono improntati principalmente nello sviluppo del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 così come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 e dalla Delibera di Giunta Regionale n. 50/46 del 28.12.2021, anche mediante il rafforzamento dei rapporti di collaborazione con i Distretti Socio Sanitari nel portare a compimento i progetti ivi contenuti.

Sia il nuovo Piano nazionale che quello regionale di prevenzione 2020-2025 prevedono interventi di contrasto della cronicità basati su strategie di comunità mediante la creazione di una rete interistituzionale con lo sviluppo di progettualità da realizzarsi unitamente alle istituzioni scolastiche, ai datori di lavoro, agli Enti Locali, alle associazioni di categoria etc., sulla base del tema trattato. Questo approccio sarà accompagnato da una formazione trasversale e intersettoriale. L'obiettivo è quello di promuovere ambienti favorevoli alla salute e contrastare i principali fattori di rischio. Saranno inoltre promossi interventi diretti

all'individuo quali quelli di counselling breve per la promozione di comportamenti favorevoli alla salute e di screening organizzato per l'individuazione precoce di condizioni di rischio individuali.

Il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025 si pone in continuità rispetto agli interventi delle precedenti annualità di programmazione per il pieno compimento delle azioni avviate e individua quale priorità per tutti gli obiettivi la riduzione delle diseguaglianze sociali e geografiche in quanto rendono le persone più vulnerabili ai fattori di rischio per la salute e la qualità della vita.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 si pone 6 Macro obiettivi:

- MO1: Malattie croniche non trasmissibili;
- MO2: Dipendenze e problemi correlati;
- MO3: Incidenti domestici e stradali;
- MO4: Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali;
- MO5 Ambiente, clima e salute;
- MO6: Malattie infettive prioritarie.

All'interno di questi macro obiettivi il PRP 2020-2025 si propone di realizzare i seguenti programmi:

- PP01 Scuole che promuovono salute;
- PP02 Comunità attive;
- PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute;
- PP04 Dipendenze;
- PP05 Sicurezza negli ambienti di vita;
- PP06 Piano mirato di prevenzione;
- PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura;
- PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro;
- PP09 Ambiente, clima e salute;
- PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza;
- PL11 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza delle malattie infettive, della prevenzione e risposta alle emergenze infettive; -
- PL12 Promozione della salute materno infantile e riproduttiva;
- PL13 Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico.

Ciascun programma sarà interessato da quattro azioni trasversali, intersettorialità, formazione, comunicazione ed equità.

A seguito della assunzione della DGR n. 50/46 del 28.12.2021 di adozione del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025, a livello locale questa azienda si è dotata di una organizzazione capace di

sviluppare gli interventi e le attività aziendali funzionali al conseguimento degli obiettivi di Prevenzione e di Promozione della Salute, definiti nel Piano Nazionale e nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025.

Con delibera del Direttore Generale 286 del 29/07/2022 è stato costituito un Gruppo di Coordinamento con l'individuazione di un referente per ogni Programma e definita la Scheda Operativa contenente le azioni e le corrispondenti attività da svolgere a livello locale per gli anni 2022-2025. Il gruppo di coordinamento ha il compito di riferire sullo stato di attuazione dei Programmi e sulle criticità rinvenute nella loro realizzazione.

Sul fronte della prevenzione rispetto alla diffusione del virus Covid 19, sarà garantita la prosecuzione delle vaccinazioni anche nel corso del prossimo anno 2023 secondo le indicazioni nazionali.

Di seguito si illustra la programmazione delle singole azioni/attività per gli anni 2023-2025 funzionali al conseguimento a livello Aziendale degli obiettivi di Prevenzione e Promozione della Salute definiti nel Piano Regionale di Prevenzione 2022-2025.

Programma PP10 “Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza”

L'obiettivo di tale intervento è quello di migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi CPE e resistenti ai carbapenemi CRE, monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali.

A livello locale, ASL di Oristano, più precisamente nei PPOO, da diversi anni sono stati pianificati alcuni interventi per il raggiungimento degli obiettivi indicati come strategici che vanno ovviamente monitorati e rafforzati. Nell'ultimo periodo per carenza di personale nella Direzione Medica di Presidio tale attività ha subito un rallentamento notevole.

Le azioni che si intendono sviluppare nel triennio sono le seguenti:

- adesione al progetto dell'OMS “Save Lives Clean your hands” e monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani.
- attività di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza nei tre PPOO
- rafforzare le attività di prevenzione e controllo delle infezioni ICA: andamento prescrizioni antibiotici, monitoraggio delle infezioni da germi multiresistenti. Dati su sinistri e reclami
- audit con le UUOO dei presidi Ospedalieri.

Programma PP04 “Dipendenze”.

I programmi di prevenzione universale e/o selettiva sono rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo. È indispensabile offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze

psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA.

L'attività di prevenzione per il triennio futuro prevede, laddove possibile, il proseguo delle attività in collaborazione con enti ed associazioni pubbliche e private già realizzate negli anni precedenti, ma fortemente condizionati dalla recente pandemia. In particolare si sono realizzati incontri di prevenzione universale (altrimenti detta "primaria") in ambito scolastico. Nel biennio scorso tali interventi hanno avuto tempistica irregolare con avvii, sospensioni e riavvii a seguito di indicazioni ministeriali o decisioni dei singoli istituti scolastici per prevenire il rischio pandemia. Si sono realizzati incontri di confronto, sensibilizzazione, informazione e consulenza sia in forma individuale che in gruppi-classe.

È quindi intenzione di riprendere in maniera costante e strutturata l'attività sopra descritta di prevenzione universale e/o selettiva.

Programma P12 "Promozione della salute materno infantile e riproduttiva"

Le attività informative sulla gravidanza avverranno mediante contatti con i MMGG, Farmacisti, laboratori analisi pubblici e privati, dirigenti scolastici delle scuole superiori, principali luoghi frequentati dai giovani con successiva distribuzione di locandine informative. Saranno inoltre distribuite delle locandine informative sulla gravidanza a tutte le donne che accedono per la prima volta allo screening per la cervice carcinoma (chiamata attiva) pap test. Si prenderanno contatti con i medici di igiene pubblica per l'accesso alle schede vaccinali dei nuovi nati prevedendo un successivo contatto telefonico con le famiglie per la raccolta dei dati e l'inserimento di questi nei 2 registri (gravidanza e neonato).

Saranno realizzati incontri di accompagnamento alla nascita IAN (frequenza mensile) con consegna alle partecipanti dei fascicoli sull'allattamento e l'alimentazione nella 1° infanzia. In tale ambito saranno svolte attività di sensibilizzazione per la prevenzione di incidenti domestici e automobilistici, prevenzione della morte in culla, vaccinazioni in età pediatrica e importanza della lettura precoce sullo sviluppo psichico e cognitivo dei bambini e danni causati dalla esposizione eccessiva alle tecnologie audiovisive e digitali.

Avverranno poi dei contatti telefonici con i genitori dei nuovi nati entro il 2° mese di vita del bambino con offerta attiva dei servizi consultoriali, raccolta dati sulla gravidanza e informazioni sull'allattamento, prevenzione incidenti domestici, prevenzione della morte in culla, vaccinazioni con inserimento dei dati nella scheda contatto famiglia. Sarà quindi organizzata una attività di invio per e-mail dei fascicoli a tutte le famiglie contattate. I contatti telefonici con le famiglie riguarderanno anche i bambini al compimento del 1° anno di vita e del 2° anno di vita con inserimento dei dati nella scheda contatto-famiglia.

Verranno inoltre organizzati degli eventi formativi del personale operante nei consultori sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno (completamento della formazione modello OMS/Unicef).

PL13: Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologici

Come ogni anno si proseguirà nel favorire l'adesione allo screening in sinergia con tutti i servizi coinvolti nelle attività di screening oncologico. Ogni servizio coinvolto mette a disposizione un numero di ore/ sedute/fasce orarie per l'erogazione delle prestazioni di primo e secondo livello funzionali al numero di inviti che il centro screening intende inviare per raggiungere il target annuale di adesioni.

Si opererà poi per il completamento della transizione verso il modello basato sul test HPV-DNA primario per

lo screening del cervico carcinoma, predisponendo un piano formativo rivolto agli operatori dello screening del carcinoma della cervice uterina (personale dei Centri screening, personale prelevatore, personale del laboratorio di riferimento, personale del secondo livello) su differenti aspetti conseguenti all'introduzione del test HPV-DNA come test primario.

PP01: Scuole che promuovono salute

A seguito dell'adozione di un documento regionale di pratiche raccomandate orientate alle life skills con azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, i nostri servizi aziendali adotteranno gli interventi prescritti mediante la collaborazione della Rete regionale formalizzata di "Scuole che Promuovono Salute". Sarà quindi adoperato il sistema regionale di monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate per valutarne l'efficacia degli interventi".

PP02: Comunità Attive

L'intervento mira a favorire la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali con il coinvolgimento dei Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo.

Sarà poi portato a compimento almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani).

PP05: Sicurezza negli ambienti di vita

Il programma si propone di sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile. Tra le azioni previste si tenderà a promuovere l'adozione di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL esprime il proprio contributo nel procedimento della valutazione ambientale strategica (VAS). Si procederà poi con l'implementazione di azioni congiunte con le Scuole sulla base di appositi documenti regionali contenenti programmi preventivi orientati alle life skills e azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo. Ciò avverrà mediante un accordo regionale formalizzato tra Regione e MIUR – USR.

PP09: Ambiente, Clima e salute

In tale ambito si punta al rafforzamento e all'aggiornamento delle conoscenze e competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti mediante accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali.

Saranno elaborati e realizzati programmi di intervento di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro anche mediante un programma annuale regionale di controllo. Saranno promosse buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici anche mediante relativi interventi di formazione specifica.

Sarà cura di questa Azienda garantire la presenza, mediante una rappresentanza socio-sanitaria, alla partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati alla rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogenici".

Altro progetto da implementare riguarderà lo sviluppo di sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano.

Si procederà poi a sviluppare percorsi integrati tra il Dipartimento di Prevenzione, i Presidi Ospedalieri e l'IZS della Sardegna per un'appropriate e tempestiva rilevazione dei focolai zoonotici di MTA, la limitazione della loro diffusione e la messa in campo di efficaci strategie di prevenzione. Saranno quindi utili interventi di formazione in ambito di igiene urbana veterinaria in materia di sostenibilità ambientale e benessere animale anche delle filiere zootecniche. Le descritte attività di promozione della sicurezza e tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori saranno sostenute da una attenta attività di monitoraggio dei punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori e di monitoraggio della resistenza a prodotti insetticidi nei vettori.

PL11: Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza delle malattie infettive, della prevenzione e risposta alle emergenze infettive

Avendo mappato i Sistemi informativi a livello regionale di segnalazione delle malattie infettive esistenti, si procederà ad una analisi delle funzionalità, delle criticità attuali e all'individuazione delle esigenze informative connesse alla segnalazione delle malattie infettive e alla definizione di set dati e flussi per l'adeguamento del Sistema Informativo regionale in modo da assicurare l'interoperabilità con i sistemi già esistenti per arrivare nel 2025 al rilascio del Sistema informativo.

Saranno definiti Protocolli per la gestione multidisciplinare dello screening per le malattie a trasmissione sessuale e del complesso Torch all'inizio della gravidanza e sarà adottato un piano di comunicazione e realizzazione di azioni di sensibilizzazione della popolazione. Sarà quindi definito un Protocollo regionale per la prevenzione farmacologica dell'HIV.

PP06-07-08: Piani Mirati di Prevenzione (PMP) nei comparti: Amianto, Pesca, edilizia, agricoltura e Piani Mirato di Prevenzione (PMP) - rischio cancerogeno per esposizione professionale a polveri di

legno duro, rischio delle Patologie dell'Apparato Muscolo-Scheletrico, rischio Stress Lavoro Correlato (SLC) nel comparto sanità.

I piani mirati di prevenzione si svolgeranno in tutti gli ambiti mediante azioni di formazione degli operatori del Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro della ASL. Saranno quindi realizzate attività di formazione e assistenza alle imprese e operatori economici locali dei vari comparti. Seguiranno attività di vigilanza mediante sistemi di autovalutazione e solo in ultima battuta si procederà con attività ispettive a campione. Rispetto alle azioni di prevenzione svolte, si procederà alla valutazione dell'efficacia dell'applicazione delle buone pratiche da parte delle imprese.

Area dell'assistenza distrettuale. Offerta di prestazioni e servizi

La cura del paziente cronico, in particolare dell'anziano fragile, non può limitarsi unicamente all'aspetto sanitario di prevenzione e trattamento delle patologie, ma deve essere un "prendersi cura" della persona e spesso anche della sua famiglia.

Avvenuto il primo contatto con il paziente fragile, sia attraverso gli sportelli comunali, sia attraverso i presidi ospedalieri nei casi urgenti, che direttamente dal PUA "punto unico di accesso"; la valutazione del bisogno assistenziale avviene mediante i PUA presenti a Oristano, Ghilarza, Bosa e Ales.

Il percorso della ASL di Oristano, prevede infatti che siano i PUA a provvedere alla presa in carico globale dei bisogni della persona fragile nella rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, che identificato il bisogno dell'utente, indirizzerà il caso alla UVT (Unità di Valutazione Territoriale) di pertinenza, la quale provvederà a decidere in merito all'inserimento del soggetto fragile nella struttura più appropriata che potrà essere una RSA, le Cure Domiciliari, un centro diurno, un centro riabilitativo ecc.

La L.R. 24/2020 e il Piano regionale dei servizi sanitari 2022-24, nonché il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale adottato dalla giunta regionale lo scorso dicembre, prevedono che le Case della comunità garantiscano, tra le altre, la funzione di Sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria (SUA), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP). All'interno di ciascuna Casa della comunità, il SUA rappresenta il luogo fisico al quale il cittadino può rivolgersi per trovare risposte ai propri bisogni di salute, in maniera più capillare rispetto al PUA che, sebbene continuerà ad essere un punto di riferimento importante per l'accesso ai servizi socio-sanitari, risulta meno diffuso sul territorio, avendo perlopiù valenza distrettuale. Si lavorerà pertanto alla creazione dei SUA all'interno delle Case della Comunità di prossima realizzazione.

Il Distretto può realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente cronico, sviluppare ulteriori strategie per trasferire tutte le informazioni necessarie nel momento della presa in carico globale del paziente, evitando i rischi di semplice custodia passiva o di duplicazione dell'intervento assistenziale svolto nella fase acuta.

È necessario attivare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato a un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di degenza, finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso.

È necessario quindi realizzare una concreta continuità assistenziale (disease management) basandosi su:

- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari, visti non solo come strumento di prevenzione primaria, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione di specifiche patologie croniche. In questa ottica andrebbe sperimentata l'Attività Fisica Adattata (AFA) come un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate in esito a diverse patologie, inclusi ictus e ischemia miocardica;
- l'implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia;
- l'attuazione degli interventi assistenziali presso l'ambulatorio del MMG o al domicilio del malato, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie;
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

A tal proposito, un'azione che consentirà di dare un impulso al miglioramento della qualità delle prestazioni nel territorio potrà essere quello dell'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico, dove vengono raccolti tutti gli eventi sanitari dei cittadini, per impostare le basi di un modello di cura integrato dove le informazioni tra medici sono maggiormente condivise con un sistema a rete che mette in comunicazione non solo i vari attori protagonisti della presa in carico del paziente nel territorio, ma anche l'ospedale. Ad oggi si è arrivati all'attivazione di una grande parte dei fascicoli sanitari ma il suo utilizzo è ancora esiguo.

Altro elemento che potrà contribuire al miglioramento della qualità delle prestazioni offerte, ove l'uso del fascicolo sanitario sarà di fondamentale aiuto, sarà l'applicazione dei sopra citati Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), soprattutto rivolti a determinate categorie di pazienti affetti da patologie croniche. Anche in questo caso il modello in rete per la cura del paziente è determinante.

Tra gli strumenti innovativi che permettono appunto lo sviluppo di modelli di cura in rete si sta sempre più diffondendo la Telemedicina che permette l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT. Già nel 2014 il Ministero della Salute emanava le linee guida. Questo strumento contribuirà alla costruzione di ambienti di condivisione tra i diversi attori (ospedalieri e territoriali) con lo scopo di migliorare la qualità delle cure.

Nella gestione integrata della cronicità il medico di medicina generale è sicuramente il principale referente della presa in carico e dell'attivazione del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente stesso. Dovrà essere favorita la continuità assistenziale anche tramite la realizzazione di una rete dei servizi

di cure primarie, creando le condizioni affinché si istituiscano delle interrelazioni gestionali e relazionali tra professionisti che lavorano congiuntamente. Ciò consentirebbe la condivisione di dati e conoscenze per fornire una risposta di rete ai bisogni dei cittadini, soprattutto in un'ottica di continuità assistenziale h 24 e di sicurezza del paziente.

Anche a seguito dei recenti eventi legati alla pandemia si è potuto constatare che è indispensabile e non più procrastinabile, potenziare e qualificare la sanità territoriale e ridurre la frammentazione degli interventi sanitari e assistenziali che producono inefficienze e inefficaci interventi di cura.

Purtroppo anche a livello territoriale l'attività dell'anno 2020 è stata segnata e indebolita dagli eventi legati alla pandemia. La riorganizzazione delle attività in sicurezza ha comportato un rallentamento e una riduzione nell'offerta di prestazioni che ci si è apprestati poi a recuperare.

Su impulso della Direzione di Area infatti, nell'anno 2020 e comunque durante tutte le ondate pandemiche, è stato chiesto alle strutture di adottare e diffondere procedure e protocolli per la ripresa dell'attività in sicurezza, in linea con le disposizioni nazionali e regionali. È stata chiesta inoltre evidenza della promozione e diffusione di attività di formazione sull'osservanza delle misure igieniche e di prevenzione e protezione con particolare riferimento all'uso corretto dei dispositivi di protezione individuale.

Per tutte le attività territoriali si è utilizzato il criterio dell'ammissione del paziente al servizio sanitario in sicurezza, mediante la richiesta di protocolli e procedure per il controllo e la regolamentazione degli accessi. Laddove possibile, si è richiesto di erogare i servizi privilegiando la prenotazione e il pagamento del ticket da remoto (telefoniche, telematiche) e privilegiando modalità di erogazione a distanza (telemedicina, videochiamata, videoconferenza), per particolari tipologie di prestazione (es. alcune tipologie di visite di controllo, aggiornamento di piani terapeutici, ecc.).

L'assistenza alle persone con disabilità e la presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti.

L'assistenza alle persone con disabilità e la presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti è garantita grazie all'operatività del Punto Unico di Accesso (PUA), dislocato nei tre distretti aziendali, che assicura la continuità e la tempestività delle cure a tali pazienti cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario (prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative ecc.) o sociosanitario (cure domiciliari, residenza diurna o a tempo pieno, ecc.). A ciò si affiancano ulteriori misure assistenziali a carattere sociale a valere sul fondo regionale per le non autosufficienze.

Le problematiche principali per l'assistenza delle persone con disabilità, degli anziani e dei soggetti non autosufficienti, nascono dalle carenze e inadeguatezze delle strutture attualmente esistenti, in quanto mancano strutture intermedie di tipo residenziale e riabilitativo e risultano carenti i posti letto per ricoveri di post acuzie di riabilitazione e lungodegenza. Come già accennato, ciò non solo determina un livello inadeguato dell'assistenza territoriale ma tende a sovraccaricare gli ospedali che devono pertanto ritardare la dimissione del paziente generando inefficienze anche nel sistema ospedaliero.

L'operato continuo e attento delle Unità di Valutazione Territoriale, con il coinvolgimento delle famiglie, eventualmente dei comuni e delle altre risorse del territorio, permette un'appropriata permanenza e/o rientro a domicilio dei pazienti, consentendo una loro minore permanenza nella struttura o il trasferimento in altre strutture socio-assistenziali più appropriate.

I dati relativi agli inserimenti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, di seguito rappresentati denotano un bisogno in crescita, soprattutto per l'assistenza di pazienti ventilati o ad alta intensità assistenziale, e la necessità quindi di implementare gli Ospedali di Comunità che offrirebbero risposte territoriali ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili.

L'Unica RSA presente nel territorio con 63 posti letto è la RSA Villa San Giuseppe di Milis che, in linea con il nuovo ruolo assunto dalle Residenze Assistite, presta assistenza non solo a persone anziane ma dà risposte assistenziali anche a persone portatrici di bisogni complessi a prescindere dall'età. Tale struttura ospita soggetti anziani e/o non autosufficienti con un alto livello di fragilità, soggetti in fase terminale della vita, lungo degenti, ventilati provenienti dalla rianimazione, in coma e in cure palliative, non assistibili a domicilio.

Le giornate di degenza nelle RSA durante il 2021 sono aumentate rispetto al dato del 2019 e questo dato è soprattutto evidente per le attività riferite ai malati terminali e ad alta intensità assistenziale. La scarsità di posti letto nel territorio provinciale per la cura e l'assistenza di tali pazienti (posti letto per post acuzie e Ospedali di Comunità) comporta un ricorso inappropriato su tale livello assistenziale e su altri livelli quali quello della riabilitazione globale e dei ricoveri ospedalieri per acuti.

La programmazione dell'offerta di servizi di assistenza residenziale dovrebbe garantire livelli di fruibilità e disponibilità idonei rispetto ai bisogni reali di assistenza, valorizzando anche un criterio di prossimità dell'offerta.

RSA - ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE erogata dai centri privati

Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari (profili assistenziali di cui alla DGR 22/24 dello 03.05.2017)

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021	
	n. giornate	importo	n. giornate	importo	n. giornate	importo
Profili dal 1 al 5	4.187	302.585	4.112	294.724	3.930	280.022
Profili dal 6 al 9	1.675	97.150	1.827	105.966	1.666	96.315
Terminali e altri ad alta intensità ass.le.	8.960	1.356.174	9.695	1.470.539	11.058	1.672.517
Terminali e altri ad alta intensità ass.le. Ventilati	2.648	578.979	1.906	425.475	2.218	496.755
Storno per ricovero	-153	-10.928	-71	-3.853	-60	-1.604
TOT	17.317	2.323.960	17.469	2.292.851	18.812	2.544.005

In grande incremento anche il ricorso all'Hospice per il quale le giornate di ricovero sono aumentate del 36% nel 2021; La presenza dell'Hospice nel Comune di Oristano di recente apertura, costituisce un elemento qualificante per l'offerta assistenziale in tale ambito.

HOSPICE di Oristano						
Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari						
	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Terminali - Giornata di degenza - Cure palliative	96	28.800,00	1.934	538.800	2.626	692.400

Sono altresì aumentate le giornate di ricovero presso le Comunità Integrate (+56%). Si riducono invece, dato il periodo emergenziale, le attività nei Centri diurni nel profilo assistenziale basso.

COMUNITA' INTEGRATE (ex Case Protette)						
Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari						
	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Assistenza socio sanitaria comunità integrate	93.962	1.005.038	108.117	1.124.417	146.146	1.519.919

CENTRI DIURNI INTEGRATI del privato accreditato						
Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari						
	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Profilo assistenziale basso	1.835	53.215	1.098	37.382	1.169	37.450
Profilo assistenziale alto	1.425	51.300	1.373	39.846	1.709	49.561
Storno per ricovero			-7	-126	0	0
TOT	3.260	104.515	2.464	77.102	2.878	87.011

L'assistenza riabilitativa globale e socio sanitaria.

Le prestazioni di riabilitazione globale ex art. 26, legge 833 del 23 dicembre 1978, offerte nel territorio provinciale, sono erogate da strutture proprie ma soprattutto presso centri privati convenzionati che offrono prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari.

Tali strutture si inseriscono nella rete riabilitativa locale che si compone altresì dei posti letto per post acuti, con la presenza di 16 posti letto di Medicina Fisica e Riabilitazione codice 56 presso l'ospedale privato Casa di Cura Madonna del Rimedio e dai 10 posti letto di Neuroriabilitazione codice 75 presso l'ospedale San Martino di Oristano. La presenza nel territorio della ASL di Oristano del Centro di cura e riabilitazione Santa Maria Bambina di rilevanza regionale, contribuisce ad assicurare continuità ai percorsi diagnostico-terapeutici specifici.

Le prestazioni erogate dal pubblico nel biennio 2020-21, influenzato dall'evento della pandemia e dalla forte carenza di medici specialisti, tendono ad una lenta risalita pur essendo ancora lontane dal livello erogato nell'anno 2019 (-40% circa). Il privato accreditato, sopperendo alla carenza del pubblico, si è riportato su livelli prestazionali erogati in epoca pre-pandemica; sono aumentate le giornate riferibili alle prestazioni di riabilitazione a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale (+43%) mentre sono diminuite le prestazioni a ciclo diurno.

RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal pubblico						
Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari						
Trattamenti adulti	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Assistenza ambulatoriale						
Ambulatoriale estensiva	6.761	311.006	3.016	138.736	4.166	191.636
Ambulatoriale mantenimento	1.798	62.930	512	17.920	812	28.420
TOT	8.559	373.936	3.528	156.656	4.978	220.056
Assistenza domiciliare						
Domiciliare estensiva	2.326	104.670	1.062	47.790	1.269	57.105
Domiciliare di mantenimento	781	29.678	155	5.890	546	20.748
TOT	3.107	134.348	1.217	53.680	1.815	77.853
Trattamenti bambini	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Assistenza ambulatoriale estensiva	2.378	109.388	1033	47.518	1.172	53.912
Assistenza domiciliare estensiva	412	18.540	258	11.610	243	10.935

RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal privato accreditato

Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Assistenza residenziale						
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.054	686.987	3.218	1.080.450	2.941	991.759
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.247	403.100	1.809	402.649	1.822	309.168
Riabilitazione residenziale a valenza socio riabilitativa	4.208	253.861	4.207	254.103	3.700	223.480
TOT	8.509	1.343.948	9.234	1.737.202	8.463	1.524.407
Assistenza semi residenziale						
Riabilitazione globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	76	11.400	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	281	20.654	39	2.866	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità a tempo ridotto	8	800	0	0	0	0
TOT	365	32.854	39	2.866	0	0
Assistenza ambulatoriale						
Ambulatoriale intensiva	732	49.044	185	12.596	1.466	98.042
Ambulatoriale estensiva	13.801	653.292	11.323	520.858	13.784	634.064
Ambulatoriale mantenimento	933	32.655	618	21.630	1.697	59.395
TOT	15.466	734.991	12.126	555.084	16.947	791.501
Assistenza domiciliare						
Domiciliare estensiva	16.774	767.700	13.881	634.545	16.994	764.640
Domiciliare di mantenimento	5.795	220.514	4.369	166.022	6.209	235.942
TOT	22.569	988.214	18.250	800.567	23.203	1.000.582

La presa in carico del paziente fragile e le Cure Domiciliari

Particolare importanza riveste l'attività delle Cure Domiciliari in particolare per quanto riguarda il paziente fragile che trova giovamento nel suo percorso di cura in appositi ambiti che non siano l'ospedale.

Il paziente può essere considerato fragile in base ai seguenti indicatori:

- malattia cronica evolutiva e invalidante in qualsiasi età adulta;
- problemi di comorbidità associata a non autosufficienza;
- esistenza di problematiche già accertate dalle commissioni territoriali con progetti di protezioni sanitarie o socio-sanitarie da parte di servizi territoriali, più o meno congiunti a interventi specialistici integrativi della assistenza del MMG;
- diagnosi di grandi Sindromi Geriatriche (Demenza, Malnutrizione, ecc.).

Per quanto attiene le Cure Domiciliari, nei tre Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa sono operative le attività di cura domiciliare integrata di secondo livello (ADI), rivolte a persone di ogni età non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, tesa essenzialmente, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana dei pazienti. Si erogano altresì le cure Palliative e le Cure Domiciliari Integrate di 3° livello in stretto collegamento e coordinamento con l'Hospice. Sono inoltre presenti le prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

Le patologie prevalenti che sono trattate sui singoli casi si riferiscono per lo più alle patologie neoplastiche, alle demenze di tipo Alzheimer e ad altre patologie croniche.

La sempre crescente necessità di assicurare questo livello di assistenza fa prevedere un aumento della spesa su tale ambito e la necessità di migliorare l'integrazione dei diversi professionisti coinvolti nella cura e assistenza del paziente. Certamente la presenza di reparti di Cure Intermedie o di Lungodegenza permetterà di garantire una assistenza adeguata per quei casi più complessi che non possono essere assistiti al domicilio e non possono essere appropriatamente curati in un reparto per acuti.

Rispetto all'anno 2019 i casi trattati in assistenza domiciliare si sono ridotti nel biennio 2020-21 di circa il 20%. Nel 2021 sono rimaste invece invariate le ore di assistenza degli infermieri (gli accessi si sono ridotti del 13%), mentre si sono ridotti di oltre il 30% gli accessi dei MMG/PLS

CURE DOMICILIARI INTEGRATE	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	VARIAZIONI 2021-2019	
Numero casi trattati	2.303	1.817	1.819	-484	-21%
Numero di accessi dei MMG/PLS	24.581	17.046	16.793	-7.788	-32%
Numero di ore di Assistenza infermieristica	42.224	39.710	41.580	-644	-2%
Numero di accessi Assistenza infermieristica	15.618	14.036	13.520	-2.098	-13%

Fonte: FLS21 anni 2020-2021

L'assistenza specialistica ambulatoriale

Le attività di specialistica ambulatoriale in epoca pandemica sono state riorganizzate garantendo appuntamenti maggiormente scaglionati per assicurare il distanziamento sociale dell'utenza negli spazi comuni e sono stati adottati specifici protocolli di igienizzazione e sanificazione degli ambienti, con particolare riferimento alla frequente e adeguata aerazione dei locali. Ciò, se da un lato era indispensabile per far ripartire l'attività con rischi limitati, ha però ridotto la frequenza delle attività e quindi il volume, come si può evincere dalle tabelle che seguono.

Il volume di attività nell'anno di esordio (anno 2020) della pandemia si è ridotto del 24% nelle strutture private e del 29% nelle strutture pubbliche, e ha riguardato indistintamente tutte le branche.

Nel 2021 si è assistito ad una flessione in aumento ma rimangono tuttavia critiche alcune branche quali quelle di diagnostica di radiologia, soprattutto TAC (-26%) e Risonanza (-81%) ma anche ecografia (-21%). Sono inoltre sensibilmente diminuite le prestazioni di ecocolordoppler (-33%) e si è interrotto il servizio di elettromiografia per il pensionamento e trasferimento di due neurologi. Le prestazioni di endoscopia sono state oggetto di progetti di recupero mediante l'erogazione di prestazioni aggiuntive finanziate con fondi regionali dedicati, e pertanto è riuscita a mantenere inalterato il numero di prestazioni, rispetto a quelle erogate nel 2019; si prevede di proseguire con le prestazioni aggiuntive per confermare tale livello prestazionale fino alla fine del periodo emergenziale o quantomeno fino a che non sarà possibile riorganizzare le agende di prenotazione con intervalli tra pazienti e criteri di triage per l'ingresso uguali a quelli del 2019. Anche le prestazioni di Riabilitazione hanno subito una forte riduzione nel settore pubblico, coperto parzialmente facendo ricorso al privato accreditato. Tra le prestazioni ambulatoriali classificate come terapeutiche una importante riduzione ha riguardato l'odontoiatria (-97%) e la chirurgia ambulatoriale (-56%). Le prime visite hanno subito una flessione del -36% da imputare principalmente alle visite Angiologiche (-41%), di Chirurgia Generale (-55%), Endocrinologia (-31%), Ortopedia (-49%), Cardiologia (-17%), Pneumologia (-53%), Gastroenterologia (-17%), Psichiatria (-36%) e Oncologia (21%). Le stesse criticità si registrano anche nelle visite di controllo per le quali si registra invece un incremento eccezionale delle visite di immunoematologia (branca di laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia) nel solo anno 2021 dovuto ad una revisione delle attività di registrazione delle prestazioni, che porta il totale delle prestazioni della branca a valori superiori rispetto all'anno 2019.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Pubbliche 2019, 2020 e 2021

Fonte: NSIS STS21

Branca	N° prestazioni					
	2019	2020	2021	2020-2019	2021-2020	Δ% 2021-19
ANESTESIA	2.086	1.122	213	-964	-909	-90%
CARDIOLOGIA	32.625	19.371	23.565	-13.254	4.194	-28%
CHIRURGIA GENERALE	11.387	6.004	5.995	-5.383	-9	-47%
CHIRURGIA PLASTICA	50	77	57	27	-20	14%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	4.971	3.457	3.722	-1.514	265	-25%
DERMOSIFILOPATIA	7.756	3.443	3.953	-4.313	510	-49%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	53.761	31.565	37.960	-22.196	6.395	-29%
ENDOCRINOLOGIA	11.702	4.037	11.082	-7.665	7.045	-5%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA. DIGEST.	4.838	3.484	5.085	-1.354	1.601	5%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	547.658	465.109	815.416	-82.549	350.307	49%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	61.285	25.843	36.747	-35.442	10.904	-40%
NEFROLOGIA	20.951	19.184	17.944	-1.767	-1.240	-14%
NEUROCHIRURGIA	3	58	138	55	80	4500%
NEUROLOGIA	9.101	4.991	6.946	-4.110	1.955	-24%
OCULISTICA	21.006	9.521	12.994	-11.485	3.473	-38%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	9.114	2.449	409	-6.665	-2.040	-96%
ONCOLOGIA	4.524	2.902	3.166	-1.622	264	-30%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	20.297	11.009	11.442	-9.288	433	-44%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10.334	6.616	8.285	-3.718	1.669	-20%
OTORINOLARINGOIATRIA	11.354	4.057	4.906	-7.297	849	-57%
PNEUMOLOGIA	12.542	4.996	5.902	-7.546	906	-53%
PSICHIATRIA	5.469	1.797	1.408	-3.672	-389	-74%
UROLOGIA	6.297	4.000	6.038	-2.297	2.038	-4%
ALTRO	88.722	46.277	62.388	-42.445	16.111	-30%
TOTALE	957.833	681.369	1.085.761	-276.464	404.392	13%

Analizzando le differenze nel volume delle prestazioni specialistiche, erogate dal privato accreditato negli anni 2019, 2020 e 2021, si può notare che nell'anno 2021 permangono differenze nell'offerta di prestazioni rispetto all'attività erogata in epoca pre-pandemia soprattutto nelle branche di chirurgia generale, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria e urologia. Nell'anno 2021, in via del tutto eccezionale e per far fronte a tale situazione contingente si è chiesta la collaborazione del privato accreditato per la produzione di prestazioni su alcune branche, quali ad esempio la cardiologia e la diagnostica per immagini, per le quali il pubblico aveva forti criticità legate all'assenza di personale.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Private 2019, 2020 e 2021

Fonte: NSIS STS21

Branca	N° prestazioni					
	2019	2020	2021	2020-2019	2021-2020	Δ% 2021-2019
CARDIOLOGIA	10.445	8.900	11.477	-1545	2.577	10%
CHIRURGIA GENERALE	4.647	1.566	2.133	-3.081	567	-54%
DERMOSIFILOPATIA	1.255	513	871	-742	358	-31%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	23.332	19.728	28.429	-3604	8.701	22%
ENDOCRINOLOGIA	15.398	3.949	1.096	-11.449	-2.853	-93%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPI. DIGEST.	1.271	642	778	-629	136	-39%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	440.983	354.908	423.323	-86.075	68.415	-4%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	229.887	166.586	192.835	-63.301	26.249	-16%
NEFROLOGIA	11.036	9.389	9.327	-1647	-62	-15%
NEUROLOGIA	398	1		-397	-1	-100%
OCULISTICA	5.878	3.254	3.857	-2.624	603	-34%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.999	1.524	2.368	-475	844	18%
OTORINOLARINGOIATRIA	638	187	176	-451	-11	-72%
PSICHIATRIA	0	0	75	0	75	
UROLOGIA	4.225	631	1.184	-3.594	553	-72%
ALTRO	9.412	4.105	5.069	-5.307	964	-46%
	760.804	575.883	682.998	-184.921	107.115	-10%

L'offerta di prestazioni per i nostri residenti è garantita per l'81% dai presidi pubblici e privati della ASL di Oristano (il 42% viene erogato dal pubblico e il 40% è erogato dal privato accreditato). Il restante 19% viene erogato per il 12% da altre strutture della ex ATS, soprattutto dalla ASL di Cagliari e di Nuoro, e per il 6% in mobilità passiva da altre Aziende della regione Sardegna (Aziende Ospedaliere Universitarie e Brotzu).

Specialistica Ambulatoriale: Produzione su residenti ASL5	Prestazioni i 2020	Valore 2020	Prestazioni i 2021	Valore 2021	% prestazioni sul totale anno 2020	% prestazioni sul totale anno 2021
Pubblico ASL5	562.924	7.748.004	841.527	9.495.500	42%	47%
Privato ASL 5	537.614	7.338.248	635.790	9.233.268	40%	36%
Produzione TOTALE ASL 5	1.100.538	15.086.252	1.477.317	18.728.768	81%	83%
Produzione altre ASL ex ATS	163.638	4.650.951	191.103	5.332.102	12%	11%
Produzione Altre Aziende infra regione (mobilità passiva)	87.228	2.687.47	119.521	3.598.580	6%	7%
Produzione TOTALE da altre ASL e Aziende infra regione	250.866	7.338.427	310.624	8.930.683	19%	17%
TOTALE PRESTAZIONI PER RESIDENTI ASL 5	1.351.404	22.424.679	1.787.941	27.659.451	100%	100%

Fonte: File ABACO ESTRAZIONI DEL 06/04/2022

Di seguito si rappresenta il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale (produzione all'interno delle strutture della ASL di Oristano e produzione delle altre strutture regionali).

Specialistica Ambulatoriale ANNO 2021: Produzione per residenti ASL5 (pubblico e privato)

Fonte: File ABACO ESTRAZIONI DEL 07/04/2022

Branca	TOTALE Produzione per residenti ASL5 erogate dalle strutture di ASL5		Produzione per residenti ASL5 erogate da altre ASL/AO		TOTALE produzione e per residenti ASL 5	% prestazioni erogate da ASL5
	N.	Valore	N.	Valore	N.	
01 - Anestesia	1.455	7.660	1.628	64.365	3.083	47%
02 - Cardiologia	36.626	939.509	10.813	331.388	47.439	77%
03 - Chirurgia Generale	3.721	147.186	893	21.781	4.614	81%
04 - Chirurgia Plastica	2.411	28.122	418	16.691	2.829	85%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.783	58.258	639	21.182	2.422	74%
06 - Dermosifilopatia	949	16.581	1.607	24.963	2.556	37%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	56.518	3.480.201	28.541	1.988.732	85.059	66%
09 - Endocrinologia	2.544	108.916	604	19.017	3.148	81%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	4.669	301.459	1.952	124.459	6.621	71%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-	978.551	4.504.580	150.506	1.416.377	1.129.057	87%
12 - Medicina Fisica e Riabil. - Recupero e Riabil. Funzionale	213.341	1.544.004	14.686	122.283	228.027	94%
13 - Nefrologia	23.562	3.077.692	4.631	500.954	28.193	84%
14 - Neurochirurgia	0	0	407	32.161	407	0%
15 - Neurologia	4.411	83.734	5.297	101.752	9.708	45%
16 - Oculistica	13.034	1.686.451	4.421	720.574	17.455	75%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	190	3.563	2.178	47.556	2.368	8%
18 - Oncologia	642	13.696	1.262	13.403	1.904	34%
19 - Ortopedia E Traumatologia	6.151	128.478	1.290	162.907	7.441	83%
20 - Ostetricia E Ginecologia	4.988	123.580	3.990	120.127	8.978	56%
21 - Otorinolaringoiatria	2.155	24.374	1.776	31.297	3.931	55%
22 - Pneumologia	4.060	93.422	1.156	34.012	5.216	78%
23 - Psichiatria	1.417	36.747	916	23.652	2.333	61%
25 - Urologia	2.273	188.639	565	38.820	2.838	80%
26 - Altre Prestazioni	111.331	2.087.916	37.982	770.836	149.313	75%
<NV>	535	43.999	248	12.615	783	68%
TOTALI	1.477.317	18.728.767	278.406	6.761.904	1.755.723	84%
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare	0	0	959	620.649	959	0%
24 - Radioterapia	0	0	31.259	1.548.130	31.259	0%

Sono erogate in buona parte da altre strutture extra ASL le prestazioni della branca di anestesia (53%), dermosifilopatia (63%), neurologia (55%), oncologia (66%).

Sul fronte dell'offerta, a seguito della delibera DGR 19/42 del 17/04/2018 "Linee di indirizzo per la gestione delle Liste di Attesa" e DGR 59/5 del 04/12/2018 "Liste d'attesa. Definizione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali", nel corso dell'anno 2019 sono state svolte una serie di azioni finalizzate alla ristrutturazione delle agende a CUP secondo le indicazioni contenute nelle suddette delibere.

Le agende sono state rimodulate con la distinzione tra primo e secondo accesso e con le fasce dedicate alle classi di priorità (esclusivamente per il primo accesso) e si è provveduto alla creazione di Agende per i

controlli a gestione esclusiva (dove necessario). La stratificazione delle agende è stata accompagnata da incontri per la pianificazione con i Responsabili di Struttura o di Branca per la condivisione delle attività da svolgere e trovare la giusta soluzione per l'implementazione della nuova struttura che si doveva conciliare con la preesistente.

Nel contempo si è provveduto a formare/affiancare i Dirigenti Medici e il personale dedicato per l'utilizzo corretto delle procedure (CCA/E-prescription) affinché le visite di controllo (come previsto dai RAO e dal PNGLA) venissero prescritte e prenotate dallo stesso Specialista.

Inoltre sia sul fronte dell'offerta che su quello organizzativo ci si era prefissati di migliorare il vigente sistema aumentando il numero delle prestazioni offerte mediante il ricorso a fondi regionali dedicati e prevedendo attività di recall.

Purtroppo le recenti vicende legate alla malattia da Coronavirus, con il conseguente arresto delle attività programmate e differite dal mese di marzo al mese di giugno 2020, ha allargato i tempi di attesa già critici per un numero considerevole di prestazioni. Dal mese di giugno 2020 infatti sono state fatte le attività di recall per recuperare gli appuntamenti dei mesi da marzo a giugno e a tal proposito ci si è avvalsi delle risorse a disposizione del progetto "Abbattimento liste d'attesa" che ha permesso, per alcune branche, di lavorare al di fuori dell'orario di lavoro ordinario. Inoltre le attività di triage e di sanificazione degli ambienti per l'accesso in sicurezza dei pazienti ha rallentato le attività con la conseguente necessità di ridurre il numero di prestazioni orarie nelle agende di prenotazione degli specialisti ambulatoriali e conseguentemente una riduzione delle prestazioni offerte dal pubblico. Appare chiaro che diventa difficile da parte del pubblico incrementare il numero di prestazioni tali da ridurre i tempi di attesa, il cui divario rispetto allo standard regionale è aumentato per le ultime vicende legate alla comparsa del virus Covid 19.

Pertanto lo sforzo di recuperare quella fetta di attività erogata dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, per riportarle nei territori di prossimità dei nostri residenti, e al contempo ridurre i tempi di attesa per le prestazioni critiche, diventa immane.

Tempi medi di attesa (in giorni) relativi alle prestazioni prenotate con classe di priorità D (Differibile)

Settimana di rilevazione: 24-28 gennaio 2022

PROGR.	PRESTAZIONE	ASL5
1	VISITA CARDIOLOGICA	66
2	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	
3	VISITA ENDOCRINOLOGICA	18
4	VISITA NEUROLOGICA	34
5	ESAME COMPLESSIVO OCCHIO (VISITA OCULISTICA)	59
6	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	37
7	VISITA GINECOLOGICA	16
8	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	72
9	VISITA UROLOGICA	51
10	VISITA DERMATOLOGICA	79
11	VISITA FISIATRICA	45
12	VISITA GASTROENTEROLOGICA	86
13	VISITA ONCOLOGICA	

14	VISITA PNEUMOLOGICA	94
15	Mammografia bilaterale - (2 proiezioni)	27
16	Mammografia monolaterale - (2 proiezioni)	
17	Tomografia computerizzata (tc) del torace	14
18	Tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto	
19	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore	
20	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore, senza e con contrasto	
21	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore	
22	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore, senza e con contrasto	
23	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo	11
24	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo, senza e con contrasto	25
25	Tomografia computerizzata (tc) del capo	22
26	Tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto	
27	Tomografia computerizzata (tc) del rachide	
30	Tomografia computerizzata (tc) del rachide senza e con contrasto	
33	Tomografia computerizzata (tc) del bacino e articolazioni sacro-iliache	
34	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico	22
35	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	
36	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico	
37	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con contrasto	
38	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna	18
39	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto	
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	78
41	Ecocolordopplergrafia cardiaca	
42	Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	
43	Ecografia dell' addome superiore	29
44	Ecografia dell' addome inferiore	29
45	Ecografia addome completo	27
46	Ecografia della mammella - bilaterale	154
47	Ecografia della mammella - monolaterale	
48	Ecografia ostetrica	
49	Ecografia ginecologica	19
50	Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrettuale, arteriosa o venosa	5
51	Colonscopia con endoscopio flessibile	82
52	Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso	
53	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile - endoscopia del colon discendente	
54	Esofagogastroduodenoscopia [egd] - endoscopia dell' intestino tenue	73
55	Esofagogastroduodenoscopia [egd] con biopsia - biopsia di una o piu sedi di esofago, stomaco e duodeno	54
56	Elettrocardiogramma	65
57	Elettrocardiogramma dinamico - dispositivi analogici (holter)	
58	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile	
59	Altri test cardiovascolari da sforzo - test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo	
60	Esame audiometrico tonale	54
61	Spirometria semplice	99
62	Spirometria globale	110
63	Fotografia del fundus - per occhio	
64	Elettromiografia semplice [emg] - analisi qualitativa o quantitativa per muscolo	

I tempi di attesa di TAC e RM risentono della chiusura delle agende di prenotazione all'esterno per la grave carenza di organico: l'attività si concentra principalmente sulle prestazioni per gli interni e per il pronto soccorso.

Area dell'assistenza distrettuale - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa

Il 13 luglio 2021 è stato approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR, articolato in 16 componenti, raggruppati in 6 Missioni con una durata di 6 anni, dal 2021 al 2026, per un ammontare totale di 672,5 miliardi di euro.

La Missione 6 Salute del PNRR, è articolata in due Componenti:

- Componente 1 “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale; a sua volta distinta sui seguenti investimenti
 - 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
 - 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
 - 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI);
 - 1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
 - 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
 - 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

- Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”
 - 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature);
 - 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile.

Il 6 agosto 2021 con Decreto del Ministero dell'Economia e Finanza sono state assegnate le risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del PNRR alle singole amministrazioni con una ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione.

Il 20 gennaio 2022 con decreto del Ministero della Salute è stato definito il riparto tra le Regioni e le Province autonome delle risorse PNRR-PNC Missione 6 assegnando, tra l'altro, alla Regione Autonoma della Sardegna (Soggetto Attuatore) risorse pari ad euro 271.239.688,57 per finanziare gli interventi sopra citati.

Con DGR n. 12/16 del 07 aprile 2022, è stato approvato, da parte della Regione Autonoma della Sardegna, l'elenco degli interventi finanziati con le risorse del PNRR e PNC, di cui al Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 – Missione 6 ed è stato definito che i singoli interventi fossero attuati dalla Direzione generale della Sanità, previa stipula di apposita convenzione con le Aziende interessate e, nel caso di interventi sovra aziendali, con l'Azienda regionale della salute (ARES), secondo le linee di indirizzo dettate dalla medesima Direzione generale.

la Regione Autonoma della Sardegna in qualità di Soggetto Attuatore, con provvedimento di delega amministrativa a firma del Presidente della Regione, trasmesso con nota prot. RAS n. 15268 del 01 luglio 2022 e sottoscritto nella medesima data dal Direttore Generale della ASL Oristano per accettazione della delega conferita, ha individuato l'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 5 di Oristano quale Soggetto Attuatore Esterno per l'attuazione degli interventi ricadenti nella propria competenza territoriale di cui al Piano Operativo regionale, finanziati a valere sulle risorse PNRR e PNC.

Nel corso del 2022 sono stati individuati da parte della ASL di Oristano i Responsabili Unici del Procedimento (RUP), avvalendosi del personale tecnico di ARES Sardegna mediante apposita convenzione stipulata tra le Aziende. La nostra azienda ha quindi approvato formalmente i cronoprogrammi procedurali e finanziari, relativi agli interventi assegnati alla ASL di Oristano, quale Soggetto Attuatore Esterno, debitamente sottoscritti dai RUP di riferimento.

Gran parte degli investimenti sono evidentemente rivolti al potenziamento dell'assistenza territoriale coerentemente con quanto contenuto nel Piano regionale dei servizi sanitari 2022-24 (DGR n. 9/22 del 24 marzo 2022) che ha delineato il nuovo modello organizzativo territoriale regionale.

Per la ASL di Oristano gli interventi finanziati sono di seguito sintetizzati:

Missione 6 – Componente 1

1.1 Case della Comunità

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
CASA DELLA COMUNITA' POLIAMBULATORIO DI ORISTANO	580.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' POLIAMBULATORIO DI SANTULUSSURGIU	535.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' POLIAMBULATORIO DI SAMUGHEO	800.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' OSPEDALE DELOGU DI GHILARZA	1.247.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' PRESSO EX SCUOLA ELEMENTARE COMUNE DI TRAMATZA	1.360.000,00 €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	4.522.000,00 €

1.2.2 Centrali operative territoriali COT

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE PRESSO IL POLIAMBULATORIO DI ORISTANO	118.820,00 €
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE PRESSO OSPEDALE DELOGU DI GHILARZA	143.200,00 €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	262.020,00 €

1.3 Ospedali di Comunità

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
OSPEDALE DI COMUNITA' PRESSO P.O. DELOGU DI GHILARZA	1.862.000,00 €
OSPEDALE DI COMUNITA' PRESSO P.O. MASTINO DI BOSA	1.783.900,00 €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	3.645.900,00 €

Missione 6 Componente 2

1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiature sanitarie

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I livello ASL Oristano) - Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera - Sistema Telemonitoraggio - Infrastruttura di ICT di Networking, WIFI, Firewalling. Postazioni di Lavoro Fisse e Mobili	4.118.756,35 €

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO	RISORSE PNRR	CO-FINANZIAMENTO REGIONALE
TAC 128 STRATI - P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	585.000,00 €	530.000,00 €	55.000,00 €
TAC 128 STRATI - PO DELOGU GHILARZA	585.000,00 €	530.000,00 €	55.000,00 €
RMN 1.5 TESLA - PO SAN MARTINO ORISTANO	1.014.000,00 €	914.000,00 €	100.000,00 €
TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DI PRONTO SOCCORSO - PO SAN MARTINO ORISTANO	330.000,00 €	305.000,00 €	25.000,00 €
CONE BEAM CT - PO SAN MARTINO ORISTANO	75.200,00 €	36.600,00 €	38.600,00 €
CONE BEAM CT - PO DELOGU GHILARZA	75.200,00 €	36.600,00 €	38.600,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - PO MASTINO BOSA	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - POLIAMBULATORIO ORISTANO	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE - PO DELOGU GHILARZA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE - PO MASTINO BOSA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	3.094.000,00 €	2.777.800,00 €	316.200,00 €

L'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nei contesti più prossimi alla comunità, quale snodo per il coordinamento degli interventi sanitari e socio sanitari e la continuità dell'assistenza, per favorire la vera presa in carico del paziente in relazione al diverso tipo di bisogno

Il PNRR si propone di attivare una Centrale Operativa Territoriale (COT) in ogni distretto o comunque ogni 100.000 residenti, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza per una presa in carico unitaria socio-sanitaria delle segnalazioni non urgenti di assistiti fragili a livello distrettuale mediante una valutazione multidimensionale. Si rafforza così la funzione di coordinamento e integrazione della rete dei servizi locali gestita dai distretti sanitari per garantire i LEA. L'accesso alle COT per l'utente sarà garantito a regime da una centrale telefonica remota col numero unico europeo 116117, a disposizione della popolazione per chiamate non urgenti per ottenere sia informazioni brevi sui servizi sanitari e sia il trasferimento di chiamata alla guardia medica o se necessario alla centrale operativa del 112. La COT riferisce la segnalazione pervenuta in tempo reale direttamente ai MMG, all'ADI o ai Servizi Sociali Comunali piuttosto che alle Case della Comunità più prossime all'utente per una immediata presa in carico. Anche le strutture territoriali di ricovero (RSA, Hospice, Strutture di Riabilitazione residenziale, Case Protette, Ospedali di Comunità) sono integrate con le COT che possiedono le informazioni circa la disponibilità di posti letto per facilitare e velocizzare il processo di ricovero in struttura, piuttosto che organizzare la dimissione a domicilio.

Per la Provincia di Oristano il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione di 2 COT, anche grazie alle risorse nazionali e regionali dedicate (investimento 1.2 del PNRR missione 6 componente 1); una nel comune di Oristano e una nel comune di Ghilarza. È prevista inoltre una ulteriore COT nel comune di Ales (finanziamenti FESR).

Insieme agli operatori coinvolti è stato studiato un progetto di sviluppo delle COT, che dovrà essere realizzato in coerenza con le disposizioni per l'attivazione del numero unico europeo per le cure mediche non urgenti 116117, individuando le principali funzioni e le relazioni con i servizi aziendali e interaziendali coinvolti.

La Centrale operativa territoriale di Ghilarza sarà ubicata presso l'ospedale Delogu di Ghilarza nei locali della ex Cappella e alloggi dell'assistente religioso attualmente inutilizzati situati al piano terra. I lavori inizieranno nel 2023 e proseguiranno nell'anno con l'ultimazione dei lavori prevista per il mese di dicembre (termine ultimo marzo 2024). Le attrezzature saranno fornite nel 2024. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2024.

La Centrale operativa territoriale di Oristano sarà ubicata presso i locali del Poliambulatorio. Il piano di riorganizzazione consiste nella trasformazione del Poliambulatorio di Oristano in Casa della Comunità Hub e in Centrale Operativa Territoriale mediante la rimodulazione delle attività presenti che consentiranno l'attivazione di ulteriori servizi sanitari e socio sanitari e l'incremento dei servizi amministrativi di supporto, eseguendo l'intervento in piccoli lotti in modo da non interrompere le attività. I lavori inizieranno nel 2023 e proseguiranno durante l'anno, con l'ultimazione dei lavori prevista per dicembre 2023 (termine ultimo marzo

2024). Le attrezzature saranno fornite nel 2024. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2024.

Il potenziamento di forme di assistenza alternative al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative in stretto raccordo con le programmazioni locali sociali e socio sanitarie dei PLUS

Nei tre Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa sono operative le attività di cura domiciliare integrata (ADI), rivolte a persone di ogni età non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, tesa essenzialmente, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana dei pazienti. Si sta cercando inoltre con difficoltà di potenziare le prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

Altro ambito di sviluppo negli anni ha riguardato il potenziamento delle cure Palliative e delle Cure Domiciliari Integrate di 3° livello

Negli ultimi anni si è lavorato per potenziare e sviluppare le attività svolte dalla Rete delle Cure Palliative della ASL di Oristano rivolta a particolari pazienti fragili e alle loro famiglie e all'attivazione di un Hospice quale luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo extraospedaliero.

Le cure palliative sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. La particolare fragilità dei pazienti e delle loro famiglie nelle varie fasi di tali malattie, richiede un approccio multidimensionale dell'assistenza che riguarda lo stato funzionale, psichico, sociale e in particolare la percezione del proprio stato di salute. Pertanto sono coinvolti in equipe diversi servizi: distrettuali (Assistenza MMG e PLS compresa la Continuità Assistenziale, Assistenza specialistica, Assistenza infermieristica, Assistenza protesica, Assistenza sociale, Assistenza spirituale, Volontariato); ospedalieri (ricoveri ordinari e DH) e residenziali (posti letto di Hospice, RSA).

Nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali è stato definito in Azienda un modello di Rete delle Cure Palliative ove per rete aziendale si intende l'insieme delle prestazioni che garantiscono l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio e realizzazione di un percorso di cure palliative.

La Rete è composta da differenti modalità assistenziali

- ✓ cure Domiciliari,
- ✓ ambulatori delle cure palliative,
- ✓ il ricovero in Hospice o in RSA (con posti letto accreditati per pazienti terminali),
- ✓ il ricovero ospedaliero in regime ordinario o diurno.

L'inizio delle attività di Cure Domiciliari Palliative è avvenuto nel giugno 2015 nel Distretto di Oristano con la presa in carico del primo paziente e con la riunione della prima equipe di cure palliative. Si è poi proseguito con le attività anche nei Distretti di Ales-Terralba e Bosa-Ghilarza. L'equipe di Cure Palliative (organizzazione

funzionale dei tre Distretti sociosanitari, nell'ambito della Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate del Distretto sociosanitario), adeguatamente formata, si ispira al principio della presa in carico globale della persona portatrice di bisogni sociosanitari complessi e presuppone un passaggio dalla visione specialistica alla visione olistica della persona nelle sue diverse dimensioni e funzioni, per passare dal concetto di cura della malattia a quello del “prendersi cura”, nel senso di farsi carico dell'assistito nella sua unitarietà e globalità.

L'altro elemento importante della rete è l'Hospice.

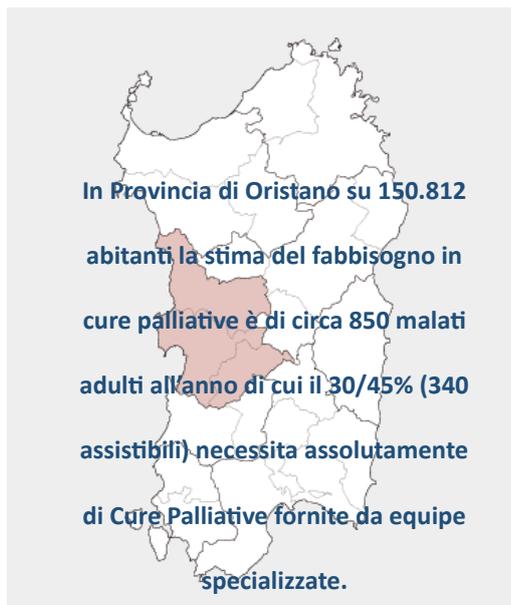
L'Hospice è un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale affinché le viva con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile. È inteso come una sorta di prolungamento e integrazione della propria dimora e include anche il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente. Si può parlare dell'hospice come di un approccio sanitario che va oltre all'aspetto puramente medico della cura, intesa non tanto come finalizzata alla guarigione fisica ma letteralmente al “prendersi cura”.

La struttura è stata realizzata dal Comune di Oristano nella città capoluogo con fondi comunali su un terreno di proprietà della ASL di Oristano. Per il funzionamento della struttura, che può ospitare 8 pazienti, è indispensabile prevedere una dotazione organica minima, nel rispetto degli standard organizzativi per l'accreditamento, composta da 3 medici, 10 infermieri, 6 OSS, oltre alla presenza di altre figure necessarie al funzionamento del servizio che potrebbero essere garantite mediante l'impiego di progetti specifici dedicati.

In questi anni di emergenza legata alla pandemia le attività riferibili alle cure domiciliari e palliative, non si sono mai interrotte anche se hanno subito una drastica riduzione in termini di risorse umane dedicate e quindi di attività, fortunatamente quest'ultima in misura più contenuta.

L'erogazione delle Cure Palliative attraverso gli ambulatori è attiva nei presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza e nei comuni di Ales e Terralba. Tuttavia l'attuale situazione di sofferenza nella dotazione organica del personale medico ha interrotto o depotenziato diverse attività della rete. Questa Direzione intende riprendere le attività interrotte innovando il progetto di costituzione delle Cure Palliative.

L' Azienda Asl 5 di Oristano, intende in quest'ottica ampliare e valorizzare l'esperienza sulle cure palliative, definendo un modello di Rete locale di Cure Palliative coerente con le leggi regionali, con le conferenze stato-regioni e con i modelli e standard indicati dai DM 71 e 77 del 2022. Tali normative sanciscono che ogni Azienda Sanitaria possa istituire la propria rete locale delle cure palliative e che sia strutturata all'interno dei servizi territoriali distrettuali ed ospedalieri con interazioni e azioni trasversali ai distretti e compenetrazioni ospedaliere, domiciliari, residenziali e attività di ricovero e cura in struttura (Hospice). L'unità operativa sarà inserita nel Dipartimento delle Attività Territoriali.



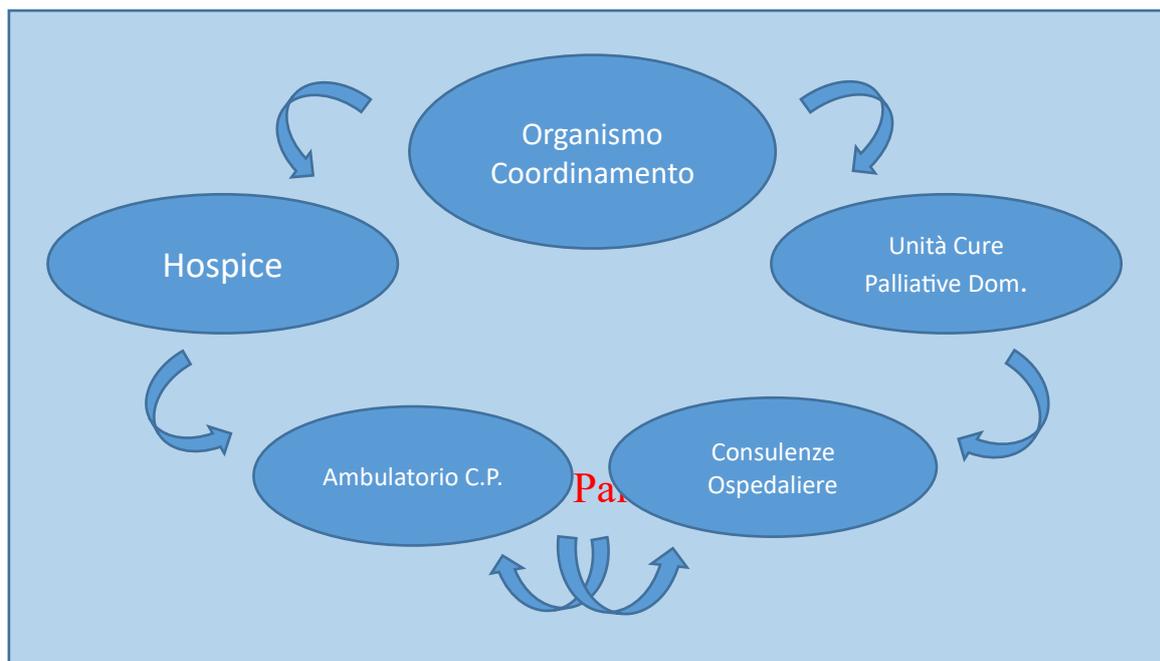
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha recentemente quantificato in 560 malati adulti ogni 100.000 abitanti/anno il bisogno di cure palliative nella popolazione in Europa; di questi malati, circa il 60% sono affetti da patologie non oncologiche. L'OMS stima che il 30/45% di questi pazienti necessita di cure palliative fornite da equipe specializzate.

(«Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course» 4/4/2014 67° Assebly of OMS)

Un organismo di coordinamento Aziendale composto dal Direttore della Unità Operativa e dal Coordinatore Infermieristico che sottendono al governo ed organizzazione dei diversi setting assistenziali in collaborazione con le COT di Ghilarza e Oristano, i PUA distrettuali, l'ADI e l'Assistenza Primaria

- A **Domicilio** del paziente attraverso le UCP Dom (unità di cure palliative domiciliari) interessando l'ambito territoriale dei tre Distretti della ASL
- In **Ospedale** (attraverso le consulenze ad arruolamento nei reparti di degenza del San Martino di Oristano, Delogu di Ghilarza, Mastino di Bosa)
- In **Hospice** luogo di ricovero e cura sito nel comune di Oristano
- Nelle **Strutture residenziali** come la RSA di Milis, l'Ospedale di Comunità di Ghilarza e Bosa, e le altre strutture residenziali territoriali.
- Nell'**Ambulatorio** di Cure Palliative

Il modello che si intende adottare è schematizzato dalla figura seguente attraverso la creazione della Unità Operativa Complessa di Rete Locale di Cure Palliative della ASL 5 Oristano:



La Governance della RLCP ai sensi della normativa vigente sarà composta a livello Aziendale da:

- un Coordinatore di rete (Direttore)
- uno o più Referenti delle singole strutture

Gli standard di personale sono quelli definiti dalle DGR emanate in materia, dalle CSR, e dal DM 71 e 77 del 2022.

L'esperienza maturata in questi due anni di pandemia ha evidenziato la necessità di rafforzare i servizi sul territorio, e in questo senso le cure domiciliari rappresentano un tassello importante che può migliorare il servizio offerto anche con l'ausilio della telemedicina. In raccordo con il Punto Unico di Accesso e a seguito della valutazione del caso, la UVT specializzata per le cure domiciliari e palliative, elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) che, a seconda del bisogno di cura individuato dalla UVT, attiva il servizio di CDI-CPD. L'integrazione funzionale tra l'assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali avverrà, secondo il disegno del nuovo modello assistenziale, grazie al coordinamento e raccordo delle COT.

L'obiettivo entro il 2026, così come indicato anche nelle Raccomandazioni della Commissione Europea del 2019 e ribadito nel PNRR, è quello aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare portandolo al 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

È intendimento di questa Direzione ristrutturare le attività delle cure domiciliari e della rete più in generale, prevedendo la ricollocazione del personale necessario dedicato alle attività delle cure domiciliari e palliative per assicurare un incremento della presa in carico della popolazione soprattutto anziana.

L'avvio delle nuove Case della Comunità e il potenziamento di quelle esistenti quale luogo di prevenzione e promozione della salute per una risposta immediata ai bisogni di salute e ai bisogni di tipo sociale per la popolazione di riferimento

Il potenziamento del sistema di offerta territoriale prevede anche la ricollocazione delle risorse nelle Case della Comunità, concepite quale ambito nel quale il paziente sarà accolto e orientato nel giusto percorso assistenziale; al suo interno sarà infatti collocato, tra gli altri, la Centrale Operativa Territoriale (COT) e il punto unico di accesso (PUA). Tale modello organizzativo permetterà di perseguire il coordinamento e l'integrazione delle attività sanitarie e sociali, permetterà inoltre la creazione di un percorso di cura meno complesso per il paziente rispetto al passato, per via della presenza in loco di più specialisti (MMG/PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali di varie branche, sevizi di diagnostica, in alcuni casi medici ospedalieri, infermieri, terapisti della riabilitazione ecc.). Questo ambito potrà essere "sfruttato" per perseguire al meglio lo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, quantomeno per le patologie croniche e quelle più frequenti quali quelle cardiovascolari, endocrinologiche, oncologiche e pneumologiche. Sarà inoltre sede dei servizi sociali per rafforzare la loro integrazione con i servizi sanitari assistenziali, e dei servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari.

L'art. 44.2 della LR 24/2020 individua tra gli obiettivi della Casa della Salute/Comunità i seguenti:

- appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie;
- riconoscibilità e accessibilità dei servizi;
- unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- semplificazione nell'accesso ai servizi integrati.

Al comma 3 lett. c) dispone inoltre che, tra le altre, le Case della Comunità svolgano funzioni di promozione del "*lavoro di equipe tra le varie figure professionali: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali, personale sanitario e socio-sanitario e tecnico-amministrativo, operatori sociali*".

Nel PNRR sono stati stanziati 2 miliardi di euro per l'attivazione di 1288 Case della Comunità, indirizzando gli investimenti per lo più su interventi di tipo strutturale, all'acquisto di infrastrutture tecnologiche e arredi e nell'impiego di maggiori risorse umane; sarà infatti necessaria una rivisitazione del modello organizzativo più funzionale per consentire l'erogazione di tutte le attività previste rispetto al vecchio modello di erogazione dei servizi. Un duplice vantaggio per il cittadino, che troverà concentrati professionalità e prestazioni in un unico

punto e potrà ricevere una risposta alle proprie esigenze non solo negli orari di apertura dell'ambulatorio del proprio medico di famiglia, ma in un arco temporale più esteso.

La ASL di Oristano ha già portato avanti negli anni un progetto di sviluppo delle attività tipiche di una Casa della Comunità, nella Casa della Salute attivata a Bosa. Tale progetto prevedeva la creazione di un ambulatorio integrato dove lavorano, fianco a fianco, medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale (guardie mediche). Collocato al piano terra dell'Ospedale Mastino, ha lo scopo di realizzare una sorta di "filiera della salute" a cui il paziente può rivolgersi per le più diverse necessità, dalla visita generica all'esame specialistico. Il progetto prevede l'attivazione di un modello di integrazione ospedale-territorio teso a integrare fortemente i servizi sanitari del territorio e quelli ospedalieri, al fine di rispondere, in maniera ottimale e appropriata, alla domanda di salute dei cittadini.

Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione delle Case della Comunità nei seguenti comuni del territorio provinciale:

- Ales (spoke con fondi SNAI)
- Terralba (hub – finanziamento PAC).

Inoltre mediante i finanziamenti del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.1) la Regione Sardegna intende attivare nella nostra provincia ulteriori 5 case della Comunità:

- Oristano
- Tramatza
- Samugheo
- Ghilarza
- Santulussurgiu

Nel progetto di sviluppo delle Case della Comunità della provincia di Oristano saranno individuati i Servizi minimi da garantire all'interno delle singole Case della Comunità in relazione al dimensionamento delle stesse. Sarà delineato altresì il modello organizzativo, all'interno della rete, del sistema integrato dei servizi da offrire, individuando compiti, responsabilità, relazioni cliniche e organizzative e percorsi per l'erogazione di un servizio efficiente e di qualità, nonché le interfacce con gli altri servizi aziendali e quindi con gli altri Dipartimenti.

Appare utile inoltre definire strumenti di monitoraggio in grado di stabilire se e in quale misura gli obiettivi primari saranno soddisfatti (obiettivi primari di: accoglienza, valutazione del bisogno e orientamento ai servizi; di assicurazione della continuità assistenziale per piccole urgenze ambulatoriali finalizzate alla riduzione degli accessi in pronto soccorso o i ricoveri impropri; garantire la gestione integrata delle patologie croniche a più elevata prevalenza quali diabete, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, patologie psichiatriche minori).

Le Case della Comunità di Santulussurgiu e Samugheo saranno ubicate nelle sedi dei Poliambulatori e la Casa della Comunità di Tramatza sarà ubicata presso la scuola elementare del comune. La Casa della Comunità di Ghilarza (HUB) sarà allocata al piano terra del P.O. Delogu, tra la Radiologia e la Cappella, e sarà dotata oltre che della parte specialistica ambulatoriale, sita al primo piano, anche di altri servizi obbligatori previsti dal DM 71 e 70. I servizi raccomandati e facoltativi per i quali non è possibile identificare uno spazio nel presidio ospedaliero, sono già allocati presso il poliambulatorio di Ghilarza in via S. Lucia. Per quanto riguarda Oristano, come già accennato, il piano di riorganizzazione consiste nella trasformazione del Poliambulatorio di Oristano in Casa della Comunità (HUB) e in Centrale Operativa Territoriale.

I lavori inizieranno nel 2023 e proseguiranno negli anni 2024 e 2025, con l'ultimazione dei lavori prevista nel primo semestre dell'anno 2025 quando saranno fornite anche le attrezzature. Le operazioni dei singoli interventi si concluderanno con la piena funzionalità dei servizi nell'anno 2026.

La nascita degli Ospedali di Comunità per garantire risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili utili anche per arginare i ricoveri ospedalieri inappropriati

Altro importante progetto di qualificazione dell'assistenza territoriale riguarda l'implementazione dell'assistenza intermedia attraverso gli Ospedali di Comunità. L'avvio di tale forma assistenziale presente nel disegno di riforma regionale (art. 45, comma 1 della LR 24/2020), è presente altresì nel PNRR mediante l'investimento di 1 miliardo di euro per la realizzazione di 381 Ospedali di Comunità entro il 2026 e per il quale è previsto un incremento strutturale delle dotazioni organiche.

Tale forma di assistenza territoriale, che rappresenta una struttura intermedia tra le Case della Comunità e gli ospedali, è finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Si riferisce a ricoveri temporanei che offrono risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili. L'attivazione di tali strutture residenziali extraospedaliere ad elevata valenza sanitaria a gestione prevalentemente infermieristica, potrà favorire la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri e anticipare i tempi di dimissione dagli ospedali per acuti attraverso percorsi che facilitano la transizione dei pazienti dall'ospedale al domicilio. Notevole importanza per la riuscita del progetto è il ruolo di coordinamento che dovrà assumere la COT.

La consapevolezza della necessità di tali forme di assistenza è rafforzata dal verificarsi di una spesa storica per l'inserimento di pazienti in strutture sanitarie residenziali, oltre il tetto di spesa assegnato per gli inserimenti nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e nelle strutture residenziali di riabilitazione. Gli inserimenti nelle RSA inoltre da sempre hanno riguardato in misura notevole pazienti ad alta e altissima intensità assistenziale.

La LR 24/2020 sempre all'art. 45 prevede che le istituende Aziende socio-sanitarie locali debbano 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”.

Per il territorio provinciale di Oristano il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione di due Ospedali di Comunità a Bosa e a Ghilarza da finanziare con i fondi del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.3). Tali Ospedali sono previsti anche nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017.

In linea con la programmazione regionale il progetto aziendale prevede la realizzazione degli Ospedali di Comunità a Bosa e a Ghilarza, pur nella consapevolezza che la previsione di tale servizio anche nel Distretto di Oristano e nel Distretto di Ales Terralba si rivelerebbe altrettanto importante. Logisticamente i plessi di Bosa e Ghilarza sono ottimali sia per la presenza dei servizi di diagnostica, sia per la presenza dei professionisti specialisti ambulatoriali e ospedalieri che potrebbero assicurare attività di consulenza, e infine sarà possibile una ottimizzazione dell'impiego del personale infermieristico che opera nei reparti.

Nel PO di Bosa è presente un'ampia e congrua disponibilità di locali siti nel secondo piano del Presidio, attualmente sede di ambulatori e studi medici. L'Ospedale di Comunità, inizialmente previsto nel piano primo del Presidio, andrà allocato nei corpi A e B del secondo piano, permettendo di creare un modulo di 20 posti letto in stanze di degenza di uno o al massimo due posti letto, già dotate di impianti dedicati come per esempio la rete di distribuzione dell'ossigeno.

Facilitano la realizzazione di un Ospedale di Comunità la presenza della dotazione strumentale clinica necessaria e prevista (ecografo, elettrocardiografo, emogasanalizzatore...), la disponibilità degli specialisti ambulatoriali presenti che potranno erogare prestazioni sui pazienti ricoverati, la presenza ed operatività h24 del servizio laboratorio analisi allocato allo stesso piano del Presidio Ospedaliero, la presenza dell'unità di Chirurgia con disponibilità dello specialista chirurgo tutte le mattine e pomeriggi 5 giorni su 7, la presenza del Servizio di Radiologia al piano terra operante h 12 in presenza e reperibilità notturna, la presenza della postazione di Guardia Medica notturna e festiva (Continuità Assistenziale) allocata nel piano terra del Presidio e infine la presenza della postazione di 118.

I lavori inizieranno nel 2023 e proseguiranno negli anni 2024 e 2025 con l'ultimazione dei lavori e la consegna delle attrezzature prevista per il mese di marzo 2026. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2026.

L'ospedale di Comunità di Ghilarza verrà allocato nel PO Delogu al 2° piano. Anche in questo caso vi è un'ampia disponibilità dei locali e la realizzazione viene facilitata e supportata dalla presenza della dotazione strumentale clinica, la disponibilità degli Specialisti Ambulatoriali presenti ad erogare prestazioni sui pazienti ricoverati, la presenza ed operatività h24 del servizio di laboratorio Analisi, la presenza dell'unità di Chirurgia Day Surgery con disponibilità dello specialista chirurgo tutte le mattine 5 giorni su 7, la presenza del Servizio di Radiologia al piano terra operante h 12 in presenza e reperibilità notturna con teleconsulto, la presenza della postazione di Guardia Medica Notturna (Continuità Assistenziale) allocata nel piano terra del Presidio, la presenza dei medici di emergenza territoriale CET allocati al piano sottostante ed operanti h 24, 7 gg su 7, e la presenza della postazione del 118. Sarà necessaria una riorganizzazione fisica del piano, dove

rimarranno siti al secondo piano il laboratorio analisi, già a servizio di tutto il P.O. e del territorio, e si sposterà solo la consegna referti prevista al piano terra nella futura casa di comunità.

I lavori inizieranno nel 2023 e proseguiranno negli anni 2024 e 2025 con la ultimazione dei lavori e la fornitura delle attrezzature prevista per marzo 2026. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2026

La riqualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale anche finalizzata alla riduzione delle liste d'attesa per garantire l'erogazione delle prestazioni in tempi adeguati alle necessità cliniche del paziente

L'art. 1 della legge di riforma sanitaria n. 24 del 11.09.2020 dispone che venga garantita la progressiva riduzione dei tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie. A tal proposito, la Regione Sardegna ha definito le principali linee di intervento in materia di gestione dei tempi e delle liste di attesa con il Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021, approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 62/24 del 04.12.2020 e redatto secondo quanto previsto dal Piano Nazionale del Governo delle Liste di attesa (PNGLA).

Già in precedenza, prima dell'avvento della pandemia da coronavirus, a seguito della delibera DGR 19/42 del 17/04/2018 "Linee di indirizzo per la gestione delle Liste di Attesa" e DGR 59/5 del 04/12/2018 "Liste d'attesa. Definizione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali", nella nostra Azienda sono state svolte una serie di azioni finalizzate alla ristrutturazione delle agende a CUP secondo le indicazioni contenute nelle suddette delibere.

Le agende sono state rimodulate con la distinzione tra primo e secondo accesso, con fasce orarie dedicate alle classi di priorità (esclusivamente per il primo accesso) e si è provveduto alla creazione di Agende per i controlli a gestione esclusiva (dove necessario).

Sulla base delle corrette indicazioni cliniche, le classi di priorità rappresentano un valido strumento per assegnare il corretto tempo di accesso alle prestazioni sanitarie.

Codice di priorità	Tempo massimo di attesa
U (Urgente)	Da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore
B (Breve)	Da eseguire entro 10 giorni
D (Differibile)	Da eseguire entro 30 giorni se prima visita specialistica
	Da eseguire entro 60 giorni se primo esame di diagnostica strumentale
P (Programmata)	Da eseguire entro 120 giorni

Gli accessi successivi, *follow up* e visite di controllo, le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva (*screening*), le prestazioni erogate nei consultori e in contesti assistenziali diversi, sono gestiti separatamente dai primi accessi,

La stratificazione delle agende, è stata accompagnata da incontri per la pianificazione con i Responsabili di Struttura o di Branca per la condivisione delle attività da svolgere e trovare la giusta soluzione per l'implementazione della nuova struttura che si doveva conciliare con la preesistente.

Nel contempo si è provveduto a formare/affiancare i Dirigenti Medici e il personale dedicato per l'utilizzo corretto delle procedure (CCA/E-prescription) affinché le visite di controllo (come previsto dai RAO e dal PNGLA) venissero prescritte e prenotate dallo stesso Specialista.

Si è lavorato pertanto nel presidiare i tre fronti sotto elencati utili ad un governo della domanda:

- utilizzo sistematico delle classi di priorità, sulla base delle corrette indicazioni cliniche;
- presenza del quesito diagnostico;
- corretta indicazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

Sia sul fronte dell'offerta che su quello organizzativo ci si era pertanto prefissati l'obiettivo di migliorare l'attuale sistema aumentando il numero delle prestazioni offerte e prevedendo attività di recall.

Per la quantificazione delle prestazioni da offrire si era partiti dalla stima dei fabbisogni contenuta nella DGR 46/47, conciliandola con la disponibilità del personale dipendente e della medicina specialistica convenzionata ad effettuare prestazioni aggiuntive, così come emerso dal confronto con i Direttori dei Distretti Socio Sanitari e con la Direzione di Presidio, e alla possibilità di ricorrere a nuovi contratti. Nel corso del 2022 sono stati spesi dei fondi residui del progetto di Abbattimento liste d'attesa per il quale la DGR 46/47 del 2019 ha destinato fondi per il triennio 2019-2021 e che per l'area di Oristano ammontano a:

- | | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------|
| • Abbattimento liste d'attesa prestazioni extra ospedaliere | € 1.391.383,00; |
| • Abbattimento liste d'attesa prestazioni ospedaliere | € 203.487,00. |
| • Attività segreterie CUP e personale amministrativo | € 173.965,00 |

Purtroppo le recenti vicende legate alla malattia da Coronavirus, con il conseguente arresto delle attività programmate e differite dal mese di marzo al mese di giugno 2020, ha allargato i tempi di attesa già critici per un numero considerevole di prestazioni. Dal mese di giugno 2020 infatti sono state eseguite le attività di recall per recuperare gli appuntamenti dei mesi da marzo a giugno e a tal proposito ci si è avvalsi delle risorse a disposizione del progetto "Abbattimento liste d'attesa" che ha permesso, per alcune branche, di lavorare al di fuori dell'orario di lavoro ordinario. Inoltre le attività di triage e di sanificazione degli ambienti per l'accesso in sicurezza dei pazienti hanno rallentato le attività con la conseguente necessità di ridurre il numero di prestazioni orarie nelle agende di prenotazione degli specialisti ambulatoriali e conseguentemente una riduzione delle prestazioni offerte dal pubblico. Nell'anno 2021, in via del tutto eccezionale e per far fronte a tale situazione contingente, si è chiesta la collaborazione del privato accreditato per la produzione di prestazioni su alcune branche per le quali il pubblico aveva forti criticità legate all'assenza di personale.

A meno che non si riesca a sopperire a tale situazione con la disponibilità di risorse che consentano l'assunzione di ulteriori figure di specialisti, il pubblico non sarà in grado di sostenere una tale situazione a maggior ragione se in presenza della malattia da Coronavirus. Pertanto lo sforzo di recuperare quella fetta di

attività erogata dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, per riportarle nei territori di prossimità dei nostri residenti, e al contempo ridurre i tempi di attesa per le prestazioni critiche, diventa rilevante.

Sempre in tale ambito questa azienda ha implementato il Piano approvato con delibera del direttore generale n. 82 del 29.03.2022 di recupero delle liste d'attesa Covid-19 di cui all'art. 29 del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 126 del 13.10.2020. Legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, comma 276. La disposizione normativa nazionale detta disposizioni urgenti in materia di liste di attesa con la finalità di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2 e di ridurre le liste di attesa, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura. La Regione Sardegna con DGR 3/4 del 27.01.2022 ha aggiornato il proprio Piano operativo regionale di recupero delle liste di attesa Covid-19 distribuendo alle aziende regionali i fondi stanziati dalla legge di bilancio nazionale 2022 (Legge 234/2021), assegnando alla ASL di Oristano la somma di euro 924.494,62 poi rideterminate in euro 366.360,08 con DGR n. 37/29 del 14.12.2022.

Anche per il prossimo triennio sul fronte della domanda si dovrà agire con azioni mirate all'utilizzo sistematico delle classi di priorità, sulla base delle corrette indicazioni cliniche; della corretta applicazione dei RAO sulla base del quesito diagnostico apposto, e sulla corretta individuazione e indicazione dei primi accessi e degli accessi successivi. Si dovranno pertanto riprendere e aggiornare le attività svolte in materia di ristrutturazione delle agende per classi di priorità e di formazione per l'applicazione dei RAO. Il modello RAO parte dall'assunto che i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, oggetto di monitoraggio, debbano essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui. Oltre al modello RAO relativo alle 43 prestazioni soggette a monitoraggio, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 59/5 del 4.12.2018, si potrebbe fare riferimento anche al Manuale RAO dell'Agenas aggiornato al 2020.

Sul fronte dell'offerta si dovrà investire sull'assunzione di nuovi specialisti che possano, non in maniera estemporanea, dedicarsi all'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e riportare i tempi di attesa all'interno dello standard regionale.

L'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e le azioni di sensibilizzazione al suo utilizzo contribuiranno inoltre efficacemente al processo di razionalizzazione della domanda e dell'offerta, incidendo sulla gestione delle liste di attesa e sulla diffusione controllata delle classi di priorità secondo il modello RAO.

La riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze per arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche deve operare per soddisfare l'esercizio delle funzioni attribuite in materia di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione e integrazione culturale, familiare, sociale e lavorativa dei pazienti con disagio mentale e affetti da dipendenze patologiche.

A tal fine nel Dipartimento è presente un complesso di servizi e strutture costituito da équipes multidisciplinari formate da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri professionali e tutte quelle altre figure necessarie per affrontare la complessità dei problemi connessi alla malattia mentale e alle dipendenze patologiche.

È inoltre presente un'integrazione con i servizi sociali comunali e dei rapporti di collaborazione con le associazioni dei familiari, le associazioni di volontariato, le forze culturali e sociali del territorio.

Le azioni del Dipartimento e i progetti terapeutici e riabilitativi messi in campo hanno avuto la finalità di promuovere l'autonomia e la guarigione delle persone, cercando di limitare al minimo il periodo di "dipendenza" dal servizio.

Uno degli snodi importanti è rappresentato dall'intervento del MMG, che collaborando con le strutture dipartimentali favorirà l'intercettazione del bisogno di salute. Una volta favorita l'accessibilità alle cure e la presa in carico, sarà utile lavorare sulla personalizzazione del percorso di cura che sarà differente in rapporto ai bisogni e all'intensità assistenziale.

Oltre al consolidamento e sviluppo della rete di relazioni che ruotano intorno alla presa in carico del paziente con patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, l'obiettivo per il prossimo triennio è quello di completare la riclassificazione e ricollocazione degli assistiti nel corretto setting assistenziale e conseguentemente intervenire su una più omogenea distribuzione dei servizi nel territorio. La presenza delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità permetterà di accogliere il paziente su nuovi setting assistenziali con il conseguente risultato di meglio intercettare e indirizzare pazienti e/o patologie che risultano inappropriatamente trattate in ambito ospedaliero e che potranno essere assistiti adeguatamente in strutture territoriali.

Le Case della Comunità potranno occuparsi pertanto di prendersi cura dei pazienti con sindromi cognitive-deficitarie, demenze in fase iniziale o non conclamate, patologie psichiatriche come l'autismo e le insufficienze mentali, pazienti cronici che necessitano di controlli specialistici complessi, pazienti cronici che necessitano di somministrazione di terapia quotidiana, pazienti con disturbi Alcool correlati che necessitano di essere presi in carico dal Centro Alcolologico polispecialistico. Gli Ospedali di Comunità invece si potranno occupare dei ricoveri ospedalieri "sociali" di pazienti fragili che necessitano di protezione nelle Strutture per carenze familiari relazionali o assistenziali, pazienti oncologici con problematiche psicologiche e/o

psichiatriche, pazienti anziani privi di assistenza domiciliare, intossicazioni etiliche in fase acuta e cronica non associate a patologia psichiatrica ecc.

I pazienti invece con bisogni imprevisi in ambito di salute mentale non accederanno alle Case della Comunità come primo punto d'accesso ma saranno intercettati dalla rete ospedaliera, quali gli SPDC e i Pronto Soccorso i quali, dopo la messa in sicurezza del paziente, ne effettuano la presa in carico e l'invio alla struttura più appropriata.

Con l'istituzione sperimentale del Dipartimento di psicologia di cure primarie (DPCCP), ai sensi della Legge regionale 24/2020 (art. 37, c. 2, lett. b) e successive modifiche e integrazioni, si potrà poi sperimentare un sistema di servizi per la tutela della salute mentale di livello base per la prevenzione e promozione della salute, presa in carico dei casi di lieve gravità, indirizzo ai servizi specialistici dei casi di media e grave entità. Tale livello di assistenza può trovare allocazione nelle Case della Comunità mentre i livelli più specializzati saranno erogati dal Dipartimento della Salute Mentale. Altro nodo della rete di fondamentale importanza è quello costituito dai servizi residenziali e semiresidenziali per la promozione e la tutela della salute mentale affidati al privato accreditato.

Le attività di collaborazione con i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e i Medici di continuità assistenziale risultano indispensabili per intercettare i bisogni di salute e indirizzarli nel corretto setting assistenziale. Anche l'ausilio della telemedicina potrà essere utile per una gestione integrata delle attività dei diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura.

Risulta poi importante proseguire nel lavoro di integrazione tra servizi per garantire la continuità assistenziale nella transizione del minore verso l'età adulta.

Le attività di prevenzione in tale ambito presenti nei diversi Piani Regionali di Prevenzione, e da ultimo presenti nel PRP 2020-2025, presuppongono azioni mirate e condivise con diversi attori istituzionali quali ad esempio i Comuni e la Scuola, importanti interlocutori per il successo degli interventi di prevenzione.

Area dell'assistenza ospedaliera. Offerta di prestazioni e servizi

L'anno 2020 è stato segnato profondamente dall'emergenza SARS-CoV-2, che ha sottoposto il sistema sanitario a episodi di grande stress nell'affrontare momenti di emergenza spesso diversi. Durante la prima ondata epidemica sono state adottate forti azioni restrittive per contenere la diffusione del virus che hanno comportato una inevitabile contrazione dell'attività; con l'allentamento della diffusione del virus nella seconda metà dell'anno 2020, si è approntato il progressivo ripristino dei livelli essenziali di assistenza seguendo le disposizioni contenute nelle linee guida nazionali e regionali. La ripartenza è avvenuta facendo riferimento alle indicazioni sulla prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 e nel rispetto delle indicazioni per una corretta gestione degli eventuali casi sospetti, probabili o confermati Covid-19.

Negli stabilimenti ospedalieri sono state adottate le misure logistiche e organizzative tali da garantire, all'interno delle Unità Operative, il distanziamento sociale dei pazienti nelle aree di degenza, prevedendo un

approccio progressivo nella riapertura delle attività programmate. È stata assicurata una attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio in relazione allo stato clinico del singolo paziente prima del ricovero programmato, ed è stata garantita la presenza di screening sistematici dei pazienti nei giorni immediatamente precedenti al ricovero (esecuzione del tampone diagnostico). Queste indispensabili misure di sicurezza, soprattutto nei primi mesi dell'anno, hanno comportato una riduzione e un rallentamento delle attività di ricovero per garantire un accesso in sicurezza ai pazienti per cui si programmava il ricovero e la sicurezza dei pazienti già ricoverati nel reparto.

Sul fronte della gestione dell'epidemia e della gestione dei pazienti positivi al Covid-19 sono stati creati i reparti nei tre presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza che hanno operato nei momenti di necessità di forte carico assistenziale, ospitando i casi positivi al virus quando erano saturi i posti disponibili nelle altre strutture ospedaliere dell'isola e ospitando, nel primo periodo della pandemia, i casi sospetti di Coronavirus in attesa di diagnosi, andando a liberare l'area Obi del Pronto Soccorso. Il reparto Covid del San Martino di Oristano è divenuto operativo nel mese di ottobre 2020; il mese successivo, a seguito della seconda ondata epidemica, è stato necessario coinvolgere anche i presidi di Bosa e Ghilarza.

Nel mese di aprile 2020 anche il Laboratorio analisi del San Martino è divenuto operativo per la ricerca del virus SARS-CoV2 sui tamponi nasofaringei e per l'indagine sierologica dei soggetti potenzialmente portatori, ciò ha permesso di accelerare i tempi che intercorrevano tra il prelievo del campione e l'esito dell'analisi e di intervenire in maniera più rapida e mirata sui pazienti.

Dal mese di novembre 2020 inoltre era operativo il Covid Hotel a Oristano capace di ospitare con 40 camere a disposizione, persone positive al Coronavirus impossibilitate a isolarsi nella propria abitazione e pazienti in via di guarigione che non necessitavano più di cure ospedaliere. Nel corso del 2020 sono state attivate tre Usca (Unità speciali di continuità assistenziale), nei territori dei Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa, che in tutto il territorio provinciale hanno avuto il compito di garantire la presa in carico e il monitoraggio dei parametri vitali dei pazienti affetti da Covid-19 in isolamento domiciliare, sia tramite assistenza a distanza, attraverso una costante sorveglianza sanitaria telefonica o direttamente a casa del soggetto positivo. Con l'affievolirsi dell'emergenza è rimasta attiva un'unica USCA per l'intera Provincia.

Nel corso dell'anno 2021 un notevole impulso positivo ha avuto la campagna vaccinale che ha raggiunto nella regione Sardegna un elevato numero di persone e che ha permesso di affrontare la quarta ondata della pandemia senza elevati numeri di ricoveri e di decessi.

In tutte le attività sopra descritte gli operatori coinvolti tra medici, infermieri e operatori socio sanitari sono stati necessariamente distolti dalle ordinarie attività dei reparti e servizi ospedalieri e dai servizi territoriali di provenienza, determinando una riduzione diffusa delle prestazioni erogate agli assistiti.

Dalle tabelle che seguono si può notare la notevole riduzione dell'attività di ricovero dell'anno 2020 rispetto all'anno precedente, dovuto appunto all'interruzione dell'attività programmata e alla riorganizzazione delle attività secondo standard adeguati di sicurezza. La produzione in valore assoluto dei ricoveri pubblici diminuisce nell'anno 2020 del 29% ma la riduzione maggiore ha riguardato i presidi periferici di Bosa e Ghilarza (-48% e -45%). Si registra inoltre una riduzione dei ricoveri della Casa di Cura privata accreditata Madonna del Rimedio di Oristano (-12%). La produzione diminuisce ulteriormente nell'anno 2021 rispetto all'anno 2020 (-7%), dovuta sostanzialmente alla marcata riduzione dell'attività dei presidi di Bosa e Ghilarza dove i reparti di medicina sono stati trasformati per alcuni mesi in reparti covid.

Dati di attività Assistenza Ospedaliera

Fonte: ABACO –file A

Presidio	2019			2020			2021			Diff % (2021-2020)
	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	
San Martino Oristano	10.507	2.286	8.221	7.978	1.577	6.401	8.264	1.487	6.777	4%
Mastino Bosa	1.465	344	1.121	767	75	692	382	0	382	-50%
Delogu Ghilarza	1.380	405	975	753	147	606	189	20	169	-75%
Presidi Pubblici ASSL Oristano	13.352	3.035	10.317	9.498	1.799	7.699	8.835	1.507	7.328	-7%
Casa di Cura Oristano	3.819	2.281	1.538	3.361	1.743	1.618	3.311	1.173	2.138	-1%
TOTALE ASSL Oristano	17.171	5.316	11.855	12.859	3.542	9.317	12.146	2.680	9.466	-6%

La riduzione dell'attività si registra soprattutto nel biennio 2019-2020 e soprattutto nelle discipline chirurgiche dove l'attività programmata rappresenta una buona parte dell'attività di ricovero ordinario. Le nuove misure organizzative legate alla logistica, che prevedono misure di isolamento dei casi dubbi o di ricoverati in urgenza in attesa di tampone, e i tempi di attesa dell'esito dei tamponi per permettere il ricovero in elezione dei pazienti, ma soprattutto la grave carenza del personale medico anestesista, hanno comportato una contrazione dell'attività. A dimostrazione di ciò si evidenziano le riduzioni nei tassi di occupazione rispetto al periodo pre-pandemia.

Anche altri indicatori dimostrano che i ricoveri ospedalieri nel periodo della pandemia sono stati influenzati da una valutazione di opportunità al ricovero che, come già detto bilanciavano le necessità cliniche del paziente rispetto al rischio di diffusione del virus. Gli indicatori mostrano infatti un miglioramento dei parametri di appropriatezza e una drastica riduzione della gran parte dei ricoveri evitabili.

Dalla tabella che segue, che illustra i principali indicatori legati all'attività ospedaliera del San Martino messi a confronto tra l'anno 2019 – 2020 e 2021, si può osservare quanto la pandemia abbia influenzato la modalità di ricorso al ricovero ospedaliero. La riduzione del tasso di occupazione dei posti letto ha riguardato tutti gli stabilimenti del presidio pubblico, sono ridotti altresì i ricoveri evitabili e i ricoveri inappropriati, mentre aumenta la degenza media che passa dal 7,15 nel 2019 al 7,71 nel 2021 nel PO San Martino (la media nazionale del 2019 è pari a 7,04 mentre la media regionale nello stesso anno è pari a 7,02). La percentuale dei Drg LEA in ricovero ordinario non appropriati (ARI LEA 2009 – Accordi Stato regioni) del PO San Martino si riduce nel 2021 (8,2%) rispetto all'anno 2019 (10%). Rimangono alte le percentuali di dimissione da reparti chirurgici con DRG medici nel PO San Martino pari al 49 e 46,5% negli anni 2019 e 2021, rispetto ad una media nazionale pari a 26,6% e regionale di 33,88% nel 2019. La percentuale dei ricoveri medici di tipo

diagnostico sono invece inferiori (11,7% nel 2019 e 12,4% nel 2021 nel PO San Martino) rispetto alla media nazionale pari a 35,25% e regionale pari a 24,41% del 2019.

Tendono invece ad un forte peggioramento gli indicatori monitorati dal Piano Nazionale Esiti.

Indicatori Ricovero Ospedaliero San Martino - Oristano anni 2019-2020-2021 (fonte: ABACO)

Presidio	Voce	2019	2020	2021	Delta (2021-2020)	Delta %
San Martino ¹ - Oristano	Occupazione PL DH	143,02%	146,10%	138,80%	-7,30%	-5,00%
	Occupazione PL RO	79,38%	61,90%	64,30%	2,40%	3,88%
	RO - Turn Over	1,86	4,14	3,77	-0,37	-8,94%
	RO - Indice di rotazione	40,5	33,68	34,49	0,81	2,40%
	RO - Degenza media	7,15	7,73	7,71	-0,02	-0,26%
	RO - Giorni DegMediaPreoperatoria		2,00	2,38	0,38	19,00%
	Peso Medio RO	1,39	1,08	1,17	0,09	8,33%
	Peso Medio DH	1,2	0,89	1,02	0,13	14,61%
	Dimessi vivi 0-2 giorni (RO) (<i>riduzione ricoveri evitabili</i>)	1.448	1.083	1.084	1,00	0,09%
	% DRG dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	49,30%	48,30%	46,50%	-1,80%	-3,73%
	% ricoveri urgenti brevi (<i>riduzione ricoveri evitabili</i>)	5,40%	5,90%	5,00%	-0,90%	-15,25%
	% ricoveri DH medici con finalità diagnostica (<i>riduzione ricoveri evitabili</i>)	11,70%	13,80%	12,40%	-1,40%	-10,14%
	% DRG LEA (all. B.P.S.) non appropriati	10,00%	8,40%	8,20%	-0,20%	-2,38%
% DRG Chirurgici in DH	42,10%	32,9%	32,5%	0,4%	1,23%	

INDICATORI PIANO NAZIONALE ESITI P.O. SAN MARTINO - ORISTANO

AREA CLINICA	INDICATORE	2016			2017			2018 fonte: 360-3M	2019 fonte: 360-3M	2020 fonte: 360-3M	2021 fonte: 360-3M
		N	% ADJ	% Italia	tasso grezzo	% ADJ	% Italia				
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	142	90,97	72,71	93,33	87,75	75,61	94,93	93,33	70,91	66,29
GRAVIDANZA E PARTO	% parti con taglio cesareo	621	22,21	24,52	27	23,57	23,36	21,19	27	24	21
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	202	64,51	57,8	73,02	80,67	64,74	79,92	73,02	52,26	29,59
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	217	65,74	44,8	44,90	59,55	46,27	47,83	44,90	31,72	28,77

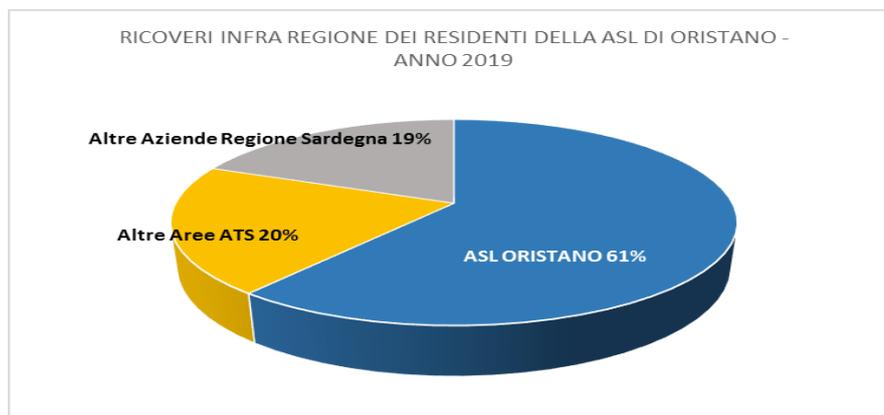
La gestione dei pazienti Covid da parte del personale ospedaliero soprattutto nel 2020 è stata un'altra determinante nella riduzione del numero dei ricoveri. Infatti gli operatori coinvolti tra medici, infermieri e operatori socio sanitari sono stati necessariamente distolti dalle ordinarie attività dei reparti di provenienza.

Di seguito si rappresentano i ricoveri per residenti negli anni 2019, 2020 e 2021 prodotti dai nostri stabilimenti ospedalieri pubblici e dal privato accreditato e dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, quale indicatore della domanda sanitaria ospedaliera del nostro territorio e della capacità del sistema sanitario provinciale di farvi fronte.

Ricoveri infra regione dei Residenti della ASL 5 anni 2019-2020 e 2021

Fonte: ABACO file A (2019-2020-2021)

Ricoveri Residenti ASL5	Dimessi 2019	Valore 2019	Dimessi 2020	Valore 2020	Dimessi 2021	Valore 2021
ASL Oristano	14.493	40.994.367	10.645	32.723.548	9.927	33.239.787,28
Altre ASL ex ATS	4.825	14.736.304	4.110	12.872.436	4.983	16.094.966,30
Mobilità Passiva infra Regione	4.508	16.013.601	3.633	14.404.005	4.281	16.188.381,04
Totale Ricoveri Residenti ASL5	23.826	71.774.272	18.388	59.999.989	19.191	65.523.134,62



Prima dell'evento pandemico quasi il 40% dei residenti nella provincia di Oristano si rivolgeva a strutture ospedaliere di altre ASL o Aziende del Sistema Sanitario Regionale. Tale fenomeno è peggiorato nel 2021 (48%) e non potrà migliorare data l'attuale situazione legata alla carenza di personale sanitario. Gli eventi trascorsi hanno rafforzato la convinzione che sia necessario intervenire con azioni di potenziamento sia della dotazione organica di alcune specialità in particolare Pronto soccorso, Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Emodinamica, Radiologia, che del sistema più in generale, anche mediante il rafforzamento della rete dell'assistenza territoriale.

Una maggiore considerazione da parte dei cittadini sul proprio stato di salute e la carenza nel mercato del lavoro di personale medico e sanitario più in generale creano nell'utente una percezione della qualità dell'assistenza in costante peggioramento; la domanda di prestazioni aumenta e l'offerta da parte del sistema sanitario non è più adeguata sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Tra le altre criticità che caratterizzano l'assistenza ospedaliera in ambito regionale, si riscontra il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione spesso dovuto ad una scarsa rete assistenziale territoriale povera di strutture o ad una inadeguata presenza di posti letto per la gestione delle post acuzie. Ne consegue che spesso l'attività relativa alla gestione delle acuzie sia inappropriata o inefficiente. Insieme all'attivazione dei posti letto per post acuti, anche l'attivazione degli Ospedali di Comunità saranno un valido strumento per liberare i posti letto per acuti occupati inappropriatamente.

Le informazioni fornite dai tassi di ospedalizzazione delle patologie legate al diabete, all'asma e all'insufficienza cardiaca contribuiscono a dare indicazioni sul ricorso inappropriato all'ospedale per la cura di patologie croniche che dovrebbero essere prese in carico dal territorio. Valori bassi del tasso di ospedalizzazione sono da intendere quali segnali di una corretta presa in carico del paziente a tutti i livelli soprattutto a livello territoriale. Nella tabella che segue sono riportati alcuni i tassi di ospedalizzazione che possono dare l'indicazione sulla accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali. I dati nazionali e regionali relativi all'anno 2019 sono estratti dal Rapporto SDO del 2019, pubblicato dal Ministero della Salute; per lo stesso anno abbiamo calcolato il dato riferito alla provincia di Oristano. I dati regionali per la quasi totalità dei casi presentano valori più elevati rispetto al dato nazionale mentre il dato della provincia di Oristano mostra valori quasi sempre inferiori alla media nazionale e sempre al di sotto della media regionale.

Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali

Ann o		Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione e per insufficienza cardiaca (per 100.000 abitanti)(età >=18 anni)	Tasso di ospedalizzazione e per insufficienza cardiaca (per 100.000 abitanti)(età >=65 anni)	Tasso di ospedalizzazione e per asma nell'adulto (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione e per malattie polmonari croniche ostruttive (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione e per influenza nell'anziano (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione e std per patologie correlate all'alcool (per 100.000 abitanti)
2019	Italia	10,22	301,12	994,67	5,04	48,74	12,4	24,36
2019	Sardegna	17,96	249,26	802,85	5,95	61,48	17,2	35,63

Fonte: Rapporto SDO 2019 Ministero della Salute

2019	Oristano	13,25	187,67	575,64	1,07	32,24	2,38	30,61
-------------	-----------------	--------------	---------------	---------------	-------------	--------------	-------------	--------------

Fonte: elaborazioni su file A

Il confronto tra gli anni 2019-21 del numero di accessi al Pronto Soccorso non mostra differenze per quanto attiene ai codici rossi e gialli, ma possiamo notare come in epoca pre-pandemia fossero più elevati gli accessi per i codici verdi e bianchi. Anche in questo caso gli accessi inappropriati all'ospedale si riducono.

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2019	DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastin o	PS pediatric o	PS ginecologic o	Totale
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	10	0	1	0	0	11
Codice Rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	513	1	41	2	1	558
Codice Giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	7.969	285	790	332	282	9.658
Codice Verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	15.721	1.883	3.908	3.384	852	25.748
Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti	2.696	823	481	71	162	4.233
Totale	26.909	2.992	5.221	3.789	1.297	40.208

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2020	DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastin o	PS pediatric o	PS ginecologic o	Totale
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	3	0	0	0	0	3
Codice Rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	404	0	25	2	1	432
Codice Giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	6.160	0	500	184	177	7.021
Codice Verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	10.318	0	2.531	1.516	740	15.105
Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti	1.208	0	208	28	64	1.508
Totale	18.093	0	3.264	1.730	982	24.069

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2021	DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastin o	PS pediatric o	PS ginecologic o	Totale
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	5	0	0	0	0	5
Codice Rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	615	3	12	5	1	636
Codice Giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	8.453	70	527	214	178	9.442
Codice Verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	9.737	1.175	2.598	1.541	756	15.807
Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti	968	598	179	40	59	1.844
Totale	19.778	1.846	3.316	1.800	994	27.734

Area dell'assistenza ospedaliera - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa

Anche sul fronte dell'assistenza ospedaliera occorre ridisegnare il modello organizzativo anche in funzione del nuovo ruolo che deve assumere il Presidio Ospedaliero di Oristano nella rete di Emergenza (DEA di I livello) e in linea con quanto stabilito nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017. Sarà infatti necessario garantire le attività riferite alle specialità di oculistica, otorinolaringoiatria, neurologia, malattie endocrine e diabetologia, pneumologia. La pronta reperibilità H24 dovrà essere sempre assicurata sia per il servizio di endoscopia che per il servizio di emodinamica.

Al fine di ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico delle patologie cerebrovascolari si vuole sottolineare la necessità e l'importanza della realizzazione del nuovo servizio di Stroke Unit (SU) che questa Azienda intende attivare presso il Presidio San Martino di Oristano. La SU è un'area assistenziale dedicata alle malattie cerebrovascolari acute dove ricoverare i malati con ictus, onde poterli sottoporre tempestivamente ad un protocollo diagnostico completo e alla terapia più adeguata al tipo di ictus. I malati vengono sottoposti ad un monitoraggio dei parametri vitali ed iniziano il più precocemente possibile un programma di riabilitazione personalizzato alle necessità individuali. Il programma diagnostico-terapeutico-riabilitativo deve essere svolto da un'équipe multiprofessionale composta da neurologi, cardiologi, infermieri, fisioterapisti e terapisti della riabilitazione specializzati nella cura dell'ictus. Sarà dunque necessario costituire una rete tra le varie unità operative per garantire un intervento rapido e definire accessi preferenziali soprattutto ai servizi di diagnostica. Utile pertanto a tale scopo sarà definire i protocolli, congiuntamente alle unità operative ospedaliere coinvolte (pronto soccorso, medicina interna, cardiologia con il servizio di emodinamica, neuroriabilitazione, servizi della diagnostica), e ai servizi territoriali che garantiranno la continuità delle terapie riabilitative intraprese nel presidio ospedaliero. Anche sul versante della lungodegenza (cod 60) e del recupero e riabilitazione funzionale (cod 56) è necessario potersi dotare di un congruo numero di posti letto, per assicurare una adeguata assistenza al paziente nel suo percorso di cura e per garantire dei giusti livelli di appropriatezza nella gestione della acuzie.

Si riprenderanno poi le azioni rivolte alla specializzazione dei presidi periferici su attività a minore complessità (medio-bassa intensità di cura e le attività programmate di day hospital, day surgery, day service, week hospital), ma di più ampia utilità per la popolazione locale in termini di risposta ai bisogni assistenziali del territorio, mira alla conduzione di un governo dell'offerta più efficiente ma anche più efficace in termini di qualità delle prestazioni erogate. Come già avvenuto in passato, quando le risorse umane presenti in servizio lo consentivano, si potrà riproporre appieno l'erogazione delle prestazioni e l'organizzazione delle attività in una logica di ospedale di rete ove tutti gli ospedali aziendali si trasformano in strutture flessibili che garantiscono prestazioni sia con l'utilizzo di risorse dedicate stabilmente sia con risorse disponibili nella rete aziendale, ciò soprattutto per le attività di area chirurgica, organizzate secondo il vero modello dipartimentale, in alternativa al vecchio modello divisionale.

Si proseguirà altresì ad improntare l'attività in termini di appropriatezza, sia prevedendo uno sviluppo maggiore dei ricoveri diurni, soprattutto di tipo chirurgico, che proponendo una conversione di un numero maggiore di ricoveri in DH verso forme ambulatoriali. Nonostante il buon risultato ottenuto negli anni, sarà difficile aumentare la deospedalizzazione in quanto la nostra provincia è povera di strutture residenziali

territoriali ed è scarsa la dotazione di posti letto per post acuti che potrebbero essere incrementati con l'implementazione della nuova rete ospedaliera.

Risulta inoltre indispensabile assicurare la continuità assistenziale e la definizione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione in un'ottica di integrazione ospedale territorio mediante l'integrazione tra Dipartimenti Aziendali e Distretti Socio Sanitari. A tale scopo, iniziando dai presidi di Bosa e di Ghilarza, sarà utile provvedere a creare una forte integrazione tra attività ospedaliera e attività territoriale dislocando logisticamente le Case della Comunità nello stesso plesso in modo tale da garantire la collaborazione tra professionisti, finalizzata al miglioramento qualitativo del servizio, e ridurre al minimo il disagio per l'utente nel suo percorso di cura.

Altro intervento previsto nel triennio riguarda l'istituzione degli Ospedali di Comunità per i quali il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione a Bosa e a Ghilarza (fondi del PNRR missione 6 componente 1 investimento 1.3). Tali Ospedali previsti all'interno dei presidi ospedalieri, sono previsti anche nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017. Logisticamente i plessi ospedalieri di Bosa e Ghilarza si rivelano ottimali sia per la presenza dei servizi di diagnostica, sia per la presenza dei professionisti specialisti ambulatoriali e ospedalieri che potrebbero assicurare attività di consulenza, e infine sarà possibile una ottimizzazione dell'impiego del personale infermieristico che opera nei reparti.

Altro problema che si è rivelato in questi ultimi due anni di pandemia è stato quello della riduzione dell'attività interventistica resa ancora più critica per la riduzione dell'organico del personale medico anestesista. Nel solo presidio San Martino di Oristano la differenza nel numero di interventi eseguiti nel 2021 rispetto all'anno 2019 è pari a circa 840. Saranno quindi perseguiti obiettivi per una graduale ripresa dell'attività di ricovero e degli interventi in elezione rispetto al periodo pre-pandemia. Purtroppo la carenza di personale medico, soprattutto di anestesisti, rendono difficile la realizzazione di tale progetto.

Sul fronte dell'innovazione tecnologica, come già accennato, saranno previsti interventi rivolti anche all'assistenza ospedaliera finanziati dalla Missione 6 Salute del PNRR.

Missione 6 Componente 2

1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiature sanitarie

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I livello ASL Oristano) - Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera - Sistema Telemonitoraggio - Infrastruttura di ICT di Networking, WIFI, Firewalling. Postazioni di Lavoro Fisse e Mobili	4.118.756,35 €

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO	RISORSE PNRR	CO-FINANZIAMENTO REGIONALE
TAC 128 STRATI - P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	585.000,00 €	530.000,00 €	55.000,00 €
TAC 128 STRATI - PO DELOGU GHILARZA	585.000,00 €	530.000,00 €	55.000,00 €
RMN 1.5 TESLA - PO SAN MARTINO ORISTANO	1.014.000,00 €	914.000,00 €	100.000,00 €
TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DI PRONTO SOCCORSO - PO SAN MARTINO ORISTANO	330.000,00 €	305.000,00 €	25.000,00 €
CONE BEAM CT - PO SAN MARTINO ORISTANO	75.200,00 €	36.600,00 €	38.600,00 €
CONE BEAM CT - PO DELOGU GHILARZA	75.200,00 €	36.600,00 €	38.600,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - PO MASTINO BOSA	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - POLIAMBULATORIO ORISTANO	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
ECOTOMOGRAMMA MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAMMA MULTIDISCIPLINARE - PO DELOGU GHILARZA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAMMA MULTIDISCIPLINARE - PO MASTINO BOSA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAMMA MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	3.094.000,00 €	2.777.800,00 €	316.200,00 €

Obiettivi strategici trasversali

La costruzione del nuovo modello organizzativo della nascente ASL di Oristano, nel rispetto degli indirizzi regionali e a seguito dell'adozione dell'atto aziendale, nonché la costruzione di modelli di raccordo con le strutture dell'Azienda regionale della salute (ARES) che svolge, per conto di tutte le aziende sanitarie pubbliche regionali, le funzioni di cui all'art. 3 comma 3 della LR 24/2020

La Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020, di riforma del Sistema Sanitario della Regione Sardegna, ha disposto che mediante scorporo della Azienda per la Tutela della Salute siano costituite l'Azienda Regionale della Salute Ares e n. 8 Aziende Socio Sanitarie Locali ASL, tra cui l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano. Con Delibera della G.R. n. 46/28 del 25.11.2021 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n.5 di Oristano a far data dal 01.01.2022 ed è stata individuata la sua sede legale nella via Carducci 35 di Oristano.

Nel rispetto dell'art.9 della citata LR n. 24 del 2020 la ASL assicurerà, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Sempre l'art. 9 rimanda all'atto aziendale la disciplina dell'organizzazione e il suo funzionamento.

L'atto Aziendale è stato adottato in data 05.12.2022 con Deliberazione del Direttore Generale n. 463 e contiene l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda, individuando in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale e le competenze dei relativi responsabili. Il modello organizzativo sarà dipartimentale con precisi compiti e responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario.

Sarà necessario definire con precisione e disciplinare i giusti raccordi soprattutto con l'Azienda regionale della salute (ARES) che ha un ruolo di supporto alla produzione dei servizi sanitari e socio-sanitari delle ASL, prevedendo la centralizzazione di diverse funzioni quali ad esempio quella di Centrale di Committenza per l'acquisto di beni e servizi sanitari e non sanitari, la gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati, la gestione delle procedure di selezione e concorso del personale e la correlata gestione delle competenze economiche e della situazione contributiva e previdenziale, nonché la gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato, così come declinati nell'art.3 comma 3 della LR 24/2020.

La ASL avendo una propria personalità giuridica pubblica e una autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione, dovrà nell'immediato dotarsi di un proprio bilancio, ricostituire il proprio patrimonio e la propria dotazione organica. Successivamente alla nomina del Direttore Generale, sono stati nominati i Direttori Amministrativo e Sanitario e il Collegio Sindacale e sarà poi nominato il Collegio di Direzione. L'anno 2023 pertanto sarà dedicato alla costituzione dei Dipartimenti con i loro organi e alla definizione dei Regolamenti di organizzazione interni all'Azienda.

Le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica, e digitale da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità

Per quanto riguarda l'**accessibilità fisica** alle strutture l'attuale normativa regionale e nazionale sull'accreditamento delle strutture sanitarie richiede, tra i requisiti essenziali, l'abbattimento delle barriere architettoniche e la facilità di accesso fisico ai servizi sanitari da parte dei cittadini, anzi più in generale delle persone dato il concetto di universalità applicato ai servizi sanitari, compresi quelli definiti anziani e/o con disabilità. Essi usufruiscono dei locali dell'Amministrazione principalmente come utenti/pazienti e più limitatamente come dipendenti, nell'Azienda Sanitaria infatti hanno lavorato e lavorano diversi dipendenti con disabilità motoria.

Per quanto sopra gli edifici che costituiscono il Presidio Ospedaliero di Oristano (struttura originaria e ampliamenti), si presentano adeguati in tema di accessibilità fisica, dotati di rampe, ascensori anche di grandi dimensioni, e servizi igienici idonei. La normativa di riferimento è costituita dal Decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236 "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche" e il Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1996, n. 503 "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici".

Anche negli altri Presidi Ospedalieri di Ghilarza e Bosa, nei Poliambulatori e nelle altre strutture sanitarie territoriali, tutti edifici abbastanza datati, sono stati realizzati nel corso degli anni precedenti alcuni adeguamenti necessari a garantire l'accesso ai piani, anche se permangono margini di miglioramento in termini di accessibilità fisica.

Alcuni adeguamenti sono stati presi in considerazione negli edifici interessati dalla pianificazione degli interventi edilizi del PNRR (COT, Case di Comunità e Ospedali di Comunità) previsti per il territorio della ASL Oristano. In particolare si riportano di seguito alcuni interventi migliorativi in termini di accessibilità fisica nelle strutture territoriali interessate dai finanziamenti del PNRR, in capo ad ASL Oristano secondo la programmazione triennale LL.PP. allegata al Bilancio di Previsione 2023:

- 1) Ospedale di Ghilarza, è previsto l'adeguamento dei servizi igienici, ove necessario, nei piani interessati dal PNRR piano terra (COT e Casa di Comunità) e piano secondo (Ospedale di Comunità);
- 2) Poliambulatorio di Santu Lussurgiu - Casa di Comunità, realizzazione di un ascensore per facilitare l'accesso interno ai due piani dell'edificio;
- 3) Poliambulatorio di Samugheo – Casa di Comunità, adeguamento dei servizi igienici e rifacimento dei passaggi esterni (marciapiedi e sistemazione corrimano sulla rampa).

Il periodo di riferimento del PNRR ha come traguardo finale il 2026 e quindi in parte si sovrappone al triennio del presente PIAO 2023/2025. I traguardi attesi e le milestone/target sono verificabili in sede di monitoraggio del PNRR. Si precisa che con altri finanziamenti, non ancora transitati in ASL Oristano, sono in corso ulteriori adeguamenti, in particolare nella struttura di Piazza San Palmerio a Ghilarza dove si sta realizzando un ascensore per facilitare l'accesso ai piani.

Un discorso a parte va fatto invece per la struttura del Vecchio Ospedale San Martino, di epoca medievale-giudicale la Chiesa adiacente e di epoca più tarda (circa anno 1570) il Convento dei Domenicani che costituisce l'edificio principale, che ospita alcuni servizi di assistenza sanitaria. L'edificio attualmente è in parte inagibile e, considerata la sua vetustà e il notevole valore storico-artistico per la Città di Oristano, ha bisogno di un importante intervento di manutenzione straordinaria da realizzare secondo le indicazioni e i pareri della Soprintendenza competente, con i tempi necessari. L'accesso al piano terra è garantito, più difficile l'accesso al piano superiore per la presenza di una grande scala piuttosto ripida e di un ascensore di dimensioni ridotte, non ampliabile. Per tali motivi sarebbe più opportuno trasferire altrove i servizi sanitari presenti, modificando nel futuro la sua destinazione d'uso. La struttura al momento non è destinataria di finanziamenti per la sua ristrutturazione.

Con riferimento **all'accessibilità digitale**, ovvero la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che, a causa di disabilità, necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari, la ASL 5 di Oristano sta procedendo, con la supervisione e il supporto tecnico da parte della società SardegnaIT, all'implementazione del nuovo sito www.asl5oristano.it, nel rispetto dei criteri di accessibilità digitale.

Il nuovo sito conterrà le informazioni aggiornate relative alle diverse strutture (servizi ospedalieri, territoriali, dipartimentali e amministrativi), con attenzione all'aggiornamento dei riferimenti telefonici e e-mail e della modulistica. Nelle relative sezioni del sito saranno anche pubblicate le Carte informative dei servizi, pieghevoli contenenti le informazioni essenziali sul servizio/reparto relative ad attività svolte, prestazioni erogate, modalità d'accesso, recapiti e staff; queste saranno disponibili anche in versione stampabile per favorirne la diffusione e la lettura da parte di utenti anziani o che non hanno comunque dimestichezza con le tecnologie informatiche.

Servizi sanitari on line

Per ciò che riguarda la digitalizzazione delle procedure sanitarie, la ASL 5 di Oristano mette a disposizione dei propri utenti diversi strumenti destinati a favorire l'accessibilità on line ai servizi.

Tali strumenti sono raccolti nella sezione "Servizi online" del sito www.asloristano.it, al seguente link:

<https://www.asloristano.it/index.php?xsl=12&s=5&v=9&c=4741&nodesc=2&li=1>

Nella sezione sono presenti i link ai servizi:

1. [Fascicolo Sanitario Elettronico e referti online](#): per la consultazione della documentazione prodotta dal sistema sanitario nazionale (referti, certificati, cartella clinica ospedaliera ecc).
2. [Cup Web](#) : per prenotazione on line delle visite specialistiche (riservata ai cittadini maggiorenni assistiti dal Servizio Sanitario Regionale).
3. [Scelta e revoca del medico web](#): per la consultazione dell'elenco dei medici di medicina generale e la scelta on line di quello di fiducia.
4. [Notifica preliminare cantieri online](#): per trasmettere on line la notifica preliminare cantieri al Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro della Asl e alla Direzione Territoriale del Lavoro.
5. [TS-CNS](#): per accedere a diversi servizi on line della Pubblica Amministrazione tramite Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi o Spid.
6. [Monitor di Pronto Soccorso](#): per consultare in tempo reale l'affollamento, i tempi d'attesa e la dislocazione delle strutture di Pronto Soccorso della Sardegna.

A questi servizi, resi disponibili su tutto il territorio regionale, se ne aggiungono altri predisposti dalle strutture della Asl 5 di Oristano e finalizzati alla possibilità, da parte dell'utente, di prenotare/ricevere documentazione sanitaria on line.

Tra questi, si cita il servizio di **Prenotazione on line degli esami di laboratorio**, che consente al cittadino di prenotare via e-mail (ad eccezione delle urgenze) l'esame nei Centri prelievo di Oristano, Bosa e Ghilarza, ed accedere così su appuntamento. Tale sistema ha consentito di eliminare i tempi d'attesa per i prelievi e gestire più agevolmente ed ordinatamente i flussi di utenti.

Lo stesso Laboratorio Analisi consente di ricevere il proprio referto on line, tramite il **Portale dei referti**, a cui si accede con le credenziali consegnate all'utente durante il prelievo, evitando all'utente di dover tornare successivamente in ospedale per il ritiro.

E' inoltre possibile, per il cittadino, il pagamento delle prestazioni (es. di Pronto Soccorso) tramite il sistema PagoPA.

Altri sistemi digitalizzati, accessibili tramite la sezione Modulistica del sito www.asloristano.it sono:

- la segnalazione di reazioni ad eventi avversi ai farmaci, che avviene tramite il link:

<https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/ù>

- la vigilanza sui dispositivi medici, che avviene tramite il link:

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiana&id=26&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza

Responsabile transizione digitale

Si fa presente che gli aspetti riguardanti l'accessibilità sono in capo al Responsabile Transizione Digitale (RTD) che nel rispetto delle linee guida emanate AgID (Direttiva UE 2016/2102, Decisione di esecuzione UE 2018/1523, Legge n. 4/2004) indirizzano la PA all'erogazione dei servizi sempre più accessibili.

L'RTD inoltre ogni anno ottempera agli obblighi in materia di accessibilità compilando entro i termini previsti dalla norma la "Dichiarazione di accessibilità" che consiste nella verifica della conformità del sito www.asl5oristano.it ai requisiti di accessibilità e, per quanto riguarda i siti web, andrà pubblicata nel "footer" del sito, mentre per quanto riguarda le app mobile andrà pubblicata nella sezione dedicata alle informazioni generali riportate nello store.

L'RTD oltre alla dichiarazione di accessibilità ogni anno si occupa della pubblicazione degli Obiettivi di Accessibilità che si collocano nell'ambito delle misure che favoriscono la trasparenza degli enti pubblici.

Semplificazione e Digitalizzazione dei processi

In ottemperanza alla strategia digitale nazionale, regionale e aziendale sono stati già realizzati i seguenti obiettivi di digitalizzazione:

- Digitalizzazione del processo deliberativo. Ciò determina la riduzione del consumo di carta e la possibilità di monitorare puntualmente il processo per ogni singolo provvedimento.
- Adozione del nuovo sistema di protocollo e diffusione del sistema di gestione documentale e fascicolazione digitale. Anch'esso ha determinato la riduzione del consumo di carta e la possibilità di monitorare puntualmente il processo per ogni singolo provvedimento.
- Adozione della firma digitale remota. La dematerializzazione ha permesso su vari procedimenti una semplificazione del processo di firma digitale.

Obiettivi generali e specifici

Nel periodo di riferimento, l'obiettivo generale è quello di implementare e arricchire gli strumenti a disposizione per favorire l'accessibilità digitale degli utenti.

Gli obiettivi specifici sono i seguenti:

- **Completamento del nuovo sito internet www.asl5oristano.it**, con la completa trasmigrazione dei contenuti dal vecchio sito www.asloristano.it ed il loro aggiornamento, nel rispetto dei criteri formali di

accessibilità digitale e sostanziali, facilitazione dell'accesso all'informazione per gli utenti, orientamento all'utente attraverso la semplificazione del linguaggio e dei percorsi.

- **Standardizzazione e digitalizzazione della modulistica** fornita dai diversi servizi/uffici. Si partirà dalla raccolta e dalla analisi della modulistica vigente, per poi procedere con la standardizzazione di un primo set di procedure (stimate in 10 procedure) e dall'elaborazione di un form digitale, che i cittadini potranno compilare e inviare on line alla ASL, in alternativa all'accesso allo sportello. Tale processo dovrà essere realizzato nella prima annualità. Si procederà con un set di ulteriori 20 procedure, suddivise fra la seconda e la terza annualità. La revisione della modulistica dovrà essere effettuata con cadenza annuale.
- **Attivazione del canale Telegram**, servizio di messaggistica gratuita che consente di creare canali ad accesso illimitato, finalizzato a favorire una maggiore e migliore diffusione dell'informazione sanitaria, certificata e accreditata, proveniente dalla ASL 5 di Oristano, su attivazione modalità di accesso ai servizi, notizie di pubblica utilità, prevenzione e promozione della salute.

Il canale istituzionale permetterà inoltre di contrastare le fake news e l'informazione scandalistica, allarmistica, spesso non verificata e distorta, sui temi della sanità, riscontrabile anche a livello locale, restituendo alla ASL una voce, non filtrata dai tradizionali mezzi di comunicazione (giornali, tv, siti istituzionali) e offrendo un canale diretto di informazione ai cittadini, attraverso cui rinsaldare il rapporto di fiducia tra questi e l'azienda.

Lo sviluppo di progetti per l'utilizzo della telemedicina, l'ammodernamento delle tecnologie e la tenuta di un efficace sistema informativo anche nel rispetto dei progetti contenuti nel PNRR missione 6 salute, quali strumenti a supporto di una medicina in rete

Per la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione non si può più prescindere dallo sviluppo di modelli in rete dove i diversi soggetti, che in maniera trasversale intervengono sulla cura del paziente, operano appunto in stretta connessione. Alla luce di tali nuovi modelli è necessario rivedere anche gli strumenti che possono supportare tale organizzazione e consentire la collaborazione di diverse figure professionali nel percorso di cura del paziente. A supporto di tali esigenze interviene il progresso tecnologico che ha permesso di sviluppare una sanità digitale sempre più avanzata.

E' oggi possibile superare gli ostacoli della distanza e compresenza dei diversi professionisti nello studio di un caso clinico con la Telemedicina (teleradiologia, teleconsulto, televisita, teleassistenza domiciliare, telecardiologia, telepatologia, telerabilitazione, ecc.) il cui utilizzo è raccomandato dalla Conferenza Stato Regioni del 17.12.2020. Può essere importante il suo impiego per il monitoraggio a distanza di alcuni parametri dei pazienti affetti da patologie croniche e per gestire la continuità delle cure a distanza. Sicuramente sarà necessario intervenire per disciplinare al meglio queste nuove forme di assistenza anche nel caso di pazienti con pluripatologie ove è necessario l'intervento di più professionisti, comportando pertanto una rivisitazione dei protocolli e nelle procedure attualmente adottati.

Anche il Piano Nazionale della Corricità suggerisce l'impiego delle tecnologie della sanità digitale e lo sviluppo di modelli di assistenza.

Inoltre la missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede ingenti investimenti nell'intervento legato alla "costruzione di reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria".

L'avviato progetto del fascicolo sanitario elettronico (FSE) è un altro tassello che, rendendo disponibili le informazioni di salute dell'assistito, può insieme alla cartella clinica elettronica ricostruire la storia clinica del paziente e agevolare il più ampio progetto di sviluppo della sanità digitale.

Il FSE infatti contiene, in formato digitale, gran parte delle informazioni di tipo sanitario e sociosanitario riguardanti l'assistito che permettono e facilitano l'integrazione tra i diversi professionisti sanitari nel dare assistenza al paziente. Avviato il progetto è ora necessario mantenere un buon livello di diffusione e utilizzo ma anche proseguire nella sua continua alimentazione con tutti i dati e documenti digitali che possono riguardare l'assistito.

Il citato Accordo Stato-Regioni, del 17 dicembre 2020, contenente le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", individua i seguenti elementi e standard necessari per poter erogare prestazioni sanitarie a distanza:

- rete di collegamento sempre disponibile tra medici e pazienti;
- portale web dedicato, a cui i medici accedono con il proprio account per gestire i pazienti assegnati;
- accesso alla pagina web da computer o tablet o smartphone per i sanitari;
- login per i pazienti semplice che devono poter accedere con un loro account con verifica dell'identità;
- compatibilità con il GDPR per il trattamento dei dati personali;
- la persona si connette alla rete internet con gli strumenti digitali che ha a disposizione (computer, tablet, smartphone);
- certificazione dell'hardware e/o del software, come dispositivo medico, idonea alla tipologia di prestazione che si intende effettuare in telemedicina.

E' disposto inoltre che tutti i trasferimenti di voce, video, immagini, files devono essere crittografati e devono rispettare le vigenti normative di privacy e sicurezza.

Tra i progetti avviati nel 2022 nella Asl di Oristano e che potrà essere esteso e perfezionato nel corso di questo triennio si ricorda quello della telegestione nella diagnosi per immagini in condizioni d'urgenza. Tale procedura permette di effettuare la diagnosi di un esame radiologico a distanza, grazie all'utilizzo di un sistema di telegestione che permette di abbattere la distanza fisica fra il paziente e il medico radiologo e consente di avere un referto sicuro e attendibile in tempo reale. Il modello è quello dell'*hub and spoke*; un ospedale di riferimento, nel quale opera il radiologo, collegato in tempo reale per la teleriferazione d'urgenza con gli altri stabilimenti ospedalieri del territorio che, nel nostro caso, si declina nel rapporto fra gli ospedali di Oristano con Ghilarza e Bosa. Altri ambiti di applicazione della teleradiologia, codificati nella

procedura, sono il teleconsulto e la teleconsulenza. Il primo permette a più medici, fisicamente distanti, di comunicare tra loro attraverso un network informatico per definire la diagnosi di un caso e programmare la terapia. La seconda è invece una prestazione professionale richiesta da un medico per avere un parere qualificato su un caso di particolare rilevanza o di difficile diagnosi. Quello della telegestione nella diagnostica per immagini è il primo passo compiuto verso la telemedicina: la procedura recentemente approvata farà da apripista ad altri ambiti, come la cardiologia o la diabetologia, nei quali l'utilizzo delle nuove tecnologie potrà rivelarsi altrettanto prezioso.

B. Performance

Il Ciclo della Performance aziendale, nel rispetto di quanto contenuto dal D.lgs. n.150 del 2009, si sviluppa partendo dagli obiettivi strategici nazionali e regionali e dalle esigenze particolari dell'azienda tendenti a migliorare il livello della performance in specifici ambiti. Delineate le direttrici strategiche e le esigenze specifiche da soddisfare, vengono declinati i macro-obiettivi aziendali che, unitamente agli obiettivi di risultato e/o processo, verranno assegnati alle articolazioni organizzative mediante un processo di negoziazione (percorso di budget). Il Responsabile della struttura provvede quindi ad assegnare gli obiettivi individuali alla propria équipe. La responsabilizzazione sui risultati si sviluppa quindi su tre livelli: quello aziendale, delle articolazioni organizzative e quello individuale. Periodicamente si provvede alla misurazione dei risultati e alla revisione eventuale degli obiettivi per renderli aderenti alle mutate esigenze e alle eventuali revisioni dei piani o programmi aziendali.

Gli obiettivi sono declinati nel rispetto del legame esistente tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale dell'Azienda e gli obiettivi che la stessa intende perseguire attraverso le proprie articolazioni organizzative, favorendo la cultura della performance e della valutazione e accrescendo il senso di responsabilità e di appartenenza degli operatori dell'Azienda.

Coerentemente con quanto contenuto nei documenti di pianificazione nazionale e regionale, l'azienda predispone i suoi atti di programmazione avviando il proprio ciclo della performance. Saranno quindi definiti gli obiettivi organizzativi e individuali per i quali periodicamente saranno monitorati i risultati (monitoraggi intermedi e finale) e da cui discenderà la valutazione della performance secondo il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance vigente in azienda. Nell'annuo successivo sono avviate le attività di rendicontazione.



Gli obiettivi, di seguito illustrati, sono stati individuati avendo come riferimento le seguenti direttrici da presidiare:

- **Miglioramento dei processi interni** con il fine di perseguire una maggiore qualità e appropriatezza nei processi di lavoro;
- **Miglioramento dei servizi per l'utente** con azioni mirate a favorire l'accesso e la fruibilità dei servizi;
- Sviluppo delle attività di formazione, informazione e apprendimento per favorire una **migliore performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio;**
- Sviluppo di azioni di **miglioramento sulla qualità del dato, trasparenza, integrità e anticorruzione;**
- **Ottimizzazione nell'uso delle risorse** quale condizione indispensabile per dare garanzia di equità ai cittadini nel poter fruire delle prestazioni LEA all'interno del proprio territorio.

Di seguito si elencano gli obiettivi strategici che questa Direzione intende perseguire nel triennio 2023-2025.

Area della Performance	Obiettivo	target 2023	target 2024	target 2025
Miglioramento dei processi interni	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	miglioramento rispetto all'anno precedente	>=95%	>=95%
Miglioramento dei processi interni	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	miglioramento rispetto all'anno precedente	>=95%	>=95%
Miglioramento dei processi interni	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente	>=75%
Miglioramento dei processi interni	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	miglioramento rispetto all'anno precedente	target regionale 2023-24-25	target regionale 2023-24-25
Miglioramento dei processi interni	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	miglioramento rispetto all'anno precedente	target regionale 2023-24-25	target regionale 2023-24-25
Miglioramento dei processi interni	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	miglioramento rispetto all'anno precedente	target regionale 2023-24-25	target regionale 2023-24-25
Miglioramento dei processi interni	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza	target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza	target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza
Miglioramento dei processi interni	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM)	fino al 2020: 100% dal 2021 al 2022: 80%	fino al 2023:100%; 2024:100%	100%
Miglioramento dei processi interni	Piano Regionale di Prevenzione 2020-25: riferire sullo stato di attuazione dei Programmi e sulle criticità rinvenute nella loro realizzazione durante l'anno 2023	entro il mese di settembre e di gennaio di ogni anno di vigenza del PRP	entro il mese di settembre e di gennaio di ogni anno di vigenza del PRP	entro il mese di settembre e di gennaio di ogni anno di vigenza del PRP
Miglioramento dei processi interni	Garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2023	>=90%	>=90%	>=90%
Miglioramento dei processi interni	Rispetto dei programmi regionali dei controlli ufficiali in ogni ambito delle attività di prevenzione	>=90%	>=90%	>=90%
Miglioramento dei servizi per	Riduzione tempi di attesa per convocazione per	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno	invalidi civili: 60gg, handicap: 50gg,

l'utente	accertamento invalidi civili, handicap, invalidi ciechi		precedente	invalidi ciechi: 50gg
Miglioramento dei processi interni	Centrali operative territoriali (COT): progettazione e inizio lavori anche con riferimento agli obiettivi di miglioramento dell'accessibilità fisica degli edifici	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR
Miglioramento dei processi interni	Case di Comunità: progettazione e inizio lavori anche con riferimento agli obiettivi di miglioramento dell'accessibilità fisica degli edifici	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR
Miglioramento dei processi interni	Ospedali di Comunità: progettazione e inizio lavori anche con riferimento agli obiettivi di miglioramento dell'accessibilità fisica degli edifici	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR
Miglioramento dei processi interni	Apertura Ospedale di Comunità presso il PO Delogu di Ghilarza	entro il mese di marzo 2023		
Miglioramento dei servizi per l'utente	Rafforzamento della rete territoriale assistenziale mediante la previsione del modello sperimentale di infermiere di comunità	avvio di una sperimentazione nel Distretto di Ghilarza Bosa e una nel Distretto di Ales Terralba	avvio di una sperimentazione nel Distretto di Ghilarza Bosa, una nel Distretto di Ales Terralba e una nel Distretto di Oristano	
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza, integrità e anticorruzione	Rapporto tra il numero di preestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo	70% nei poliambulatori territoriali (si considerano le prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA di primo accesso)	75% nei poliambulatori territoriali	75%
Miglioramento dei servizi per l'utente	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione (indice di gradimento)	=>7	mantenimento	mantenimento
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza, integrità e anticorruzione	Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per esterni (da CUP) da parte degli specialisti ambulatoriali nei Distretti	85%	mantenimento	mantenimento
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza,	Migliorare il rispetto delle tempistiche di inoltro dei modelli ministeriali NSIS riferiti ai Servizi Territoriali rispetto alle scadenze	100%	mantenimento	mantenimento

integrità e anticorruzione				
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali: ridurre la presenza di imputazioni a centri di rilevazione comuni	valore degli ordini imputati a centri di rilevazione comuni inferiore al 3% rispetto al totale degli ordini	mantenimento	mantenimento
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali: dettagliare la chiave contabile nelle scritture in prima nota	valore delle scritture in prima nota con dettaglio chiave contabile >97% rispetto al totale delle scritture in prima nota	mantenimento	mantenimento
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali: garantire la presenza del legame al codice di progetto nelle subautorizzazioni di spesa	valore delle subautorizzazioni con legame al codice progetto >97% rispetto al totale delle subautorizzazioni (macro diverse da1)	mantenimento	mantenimento
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	Raggiungere l'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	numero 0 giornate di ritardo nelle liquidazioni	mantenimento	mantenimento
Miglioramento dei processi interni	Migliorare il livello di partecipazione agli incontri di Accompagnamento al parto	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
Miglioramento dei processi interni	Riduzione dei ricoveri medici con finalità diagnostica eseguibili in setting assistenziali diversi dal ricovero	mantenimento del target aziendale del 23%	mantenimento del target aziendale del 23%	mantenimento del target aziendale del 23%
Miglioramento dei processi interni	Riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	mantenimento del target aziendale 17%	mantenimento del target aziendale 17%	mantenimento del target aziendale 17%
Miglioramento dei processi interni	Riduzione dei ricoveri inappropriati e ricollocazione nel corretto setting assistenziale (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B)	mantenimento del target aziendale 0,29%	mantenimento del target aziendale 0,29%	mantenimento del target aziendale 0,29%
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Applicare il percorso sicurezza chirurgica attraverso la completa e corretta compilazione della SISPA	100%	100%	100%
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
Miglioramento della performance degli esiti, del governo	Migliorare la proporzione delle colecistectomie laparoscopie con degenza post operatoria inferiore a tre	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%

clinico e della gestione del rischio	giorni			
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Assicurare entro le 48 h il trattamento della frattura del femore in pazienti di età >=65 anni al fine di garantire un rapido e completo recupero	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni ostetriche ottimizzando la proporzione dei tagli cesarei primari (15% (D.M. 2 aprile 2015, n.70 PO < 1000 parti anno)	<=25%	<=25%	<=25%
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Riapertura dell'attività di Emodinamica nella ASL di Oristano	apertura entro il primo semestre servizio h. 12	apertura servizio h. 24	
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza, integrità e anticorruzione	Migliorare la qualità dei dati del flusso A rispettando le scadenze del disciplinare tecnico (RO e DS)	>=100%	>=100%	>=100%
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza, integrità e anticorruzione	Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per interni	90%	90%	90%
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza, integrità e anticorruzione	Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per esterni (da CUP)	90%	90%	90%
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza, integrità e anticorruzione	Migliorare il rispetto delle tempistiche di inoltro dei modelli ministeriali NSIS relativi ai servizi ospedalieri rispetto alle scadenze	100%	100%	100%
Miglioramento dei processi interni	Percentuale dei casi ove è presente concordanza tra codice di priorità in ingresso e in uscita in Pronto Soccorso	>=90%	>=90%	>=90%
Miglioramento dei processi interni	Percentuale dei ricoveri con codici gialli e verdi	<45% per i gialli e <8% per i verdi	<45% per i gialli e <8% per i verdi	<45% per i gialli e <8% per i verdi
Miglioramento dei processi interni	Sviluppo di percorsi codificati di presa in carico post dimissione dal Pronto	entro il mese di aprile	applicazione del percorso a regime	

	Soccorso, per i pazienti visitati dallo specialista in consulenza			
Miglioramento dei processi interni	Sala Operatoria: Monitoraggio lista d'attesa operatoria, individuazione criticità e individuazione azioni correttive	rendicontazione al mese di giugno	messa in atto prime azioni correttive	
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	Ricognizione dei progetti finanziati vincolati: predisposizione di un report di ricognizione con la fonte di finanziamento e rendicontazione dei residui al 31.12.22	entro il mese di aprile	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti
Miglioramento dei processi interni	Redazione di report periodici degli interventi di manutenzione pianificati ed effettuati (stato dei lavori) e di eventuali richieste fuori programma	report semestrale	report semestrale	report semestrale
Miglioramento dei processi interni	Redazione di report periodici degli investimenti pianificati con stati di avanzamento dei lavori	report semestrale	report semestrale	report semestrale
Miglioramento dei processi interni	Implementazione Atto aziendale	attivazione strutture della tecnostuttura amministrativa e di almeno 3 nuove strutture sanitarie	attivazione di almeno 4 nuove strutture sanitarie	attivazione di tutte le nuove strutture sanitarie presenti nell'atto aziendale
Miglioramento dei processi interni	Ricognizione della dotazione organica della ASL di Oristano a seguito della adozione dell'Atto Aziendale	entro il mese di aprile	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo
Miglioramento dei processi interni	Predisposizione di un Regolamento di Organizzazione contenete anche il Funzionigramma Aziendale e il sistema di deleghe per funzioni	entro il mese di maggio		
Miglioramento dei processi interni	Creazione di un Fascicolo digitale contenente le informazioni di sintesi dei contenziosi in corso e degli anni pregressi (2022)	entro il mese di aprile	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo
Miglioramento dei processi interni	Rendicontazione periodica sullo stato dei contenziosi	entro il mese di aprile	report semestrale/annuale	report semestrale/annuale
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza, integrità e anticorruzione	Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza sensibilizzando i direttori delle articolazioni organizzative dell'Azienda sul controllo dell'efficacia delle misure di contenimento del rischio degli eventi corruttivi	trasmissione di una relazione annuale all'RPCT	trasmissione di una relazione annuale all'RPCT	trasmissione di una relazione annuale all'RPCT
Area di Performance della qualità del dato, della	Rispetto degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Trasparenza" del sito	completamento delle pubblicazioni come indicato nell'allegato 2 del PIAO	aggiornamento continuo della sezione	aggiornamento continuo della sezione

trasparenza, integrità e anticorruzione	aziendale			
Miglioramento dei processi interni	Migliorare il sistema di acquisizione di nuove competenze e di aggiornamento delle conoscenze	60% degli eventi realizzati rispetto a quelli contenuti nel PAF	70% degli eventi realizzati rispetto a quelli contenuti nel PAF	80% degli eventi realizzati rispetto a quelli contenuti nel PAF
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza, integrità e anticorruzione	Partecipazione agli eventi formativi in materia di trasparenza e anticorruzione	partecipazione all'evento nei tempi stabiliti dal Piano del Fabbisogno Formativo		
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Promuovere la salute e il benessere del personale dell'azienda	costituzione del Comitato Unico di Garanzia	Redazione del Piano delle Azioni positive	monitorare la realizzazione delle azioni contenute nel Piano delle Azioni Positive
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire la migliore accessibilità alle informazioni sui servizi erogati dall'azienda mediante il completamento del nuovo sito istituzione della ASL di Oristano anche mediante una semplificazione del linguaggio e dei percorsi per l'accesso all'informazione	completamento e ristrutturazione del nuovo sito entro l'anno	aggiornamento continuo del sito	aggiornamento continuo del sito
Area di Performance della qualità del dato, della trasparenza, integrità e anticorruzione	Attivazione del canale telegram per una maggiore diffusione delle informazioni sanitarie	attivazione entro il mese di luglio	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo
Miglioramento dei processi interni	Prevedere un percorso di standardizzazione e digitalizzazione della modulistica dei diversi servizi aziendali rivolto sia agli utenti esterni che interni	standardizzazione di almeno 10 procedure	standardizzazione di ulteriori 10 procedure	standardizzazione di ulteriori 10 procedure
Miglioramento dei processi interni	Sperimentazione della digitalizzazione dei registri degli accessi documentali, civici e civici generalizzati che riportano le diverse tipologie di istanze presentate	avvio della sperimentazione entro il mese di maggio	digitalizzazione del registro accessi documentali	digitalizzazione dei tre registri
Miglioramento dei processi interni	Sviluppo della Rete di Teleradiologia e Telemedicina	implementazione di progetti specifici entro l'anno	implemenatazione nuovi progetti	implemenatazione nuovi progetti
Miglioramento dei processi interni	Mappatura le tipologie di lavoro che possono essere svolte in modalità agile	entro aprile 2023		
Miglioramento dei processi interni	Mappare l'adeguata dotazione tecnologica dell'Azienda da fornire al dipendente	entro giugno 2023		

Miglioramento dei processi interni	Adottare il Regolamento per il Lavoro Agile, che sarà redatto tenuto conto del contributo delle organizzazioni sindacali, e definire il format di accordo individuale per l'esecuzione del lavoro agile	entro giugno 2023		
Miglioramento dei processi interni	Raccogliere i fabbisogni formativi e avviare la fase formativa per i dirigenti e i dipendenti finalizzata al miglioramento delle competenze nell'utilizzo delle tecnologie digitali	entro dicembre 2023		
Miglioramento dei processi interni	Predisposizione del fabbisogno formativo finalizzato al Consolidamento di una cultura orientata al lavoro per obiettivi, per progetti e processi, con la capacità di misurarne i risultati rivolta ai dirigenti e ai dipendenti		entro dicembre 2024	
Miglioramento dei processi interni	Perfezionamento delle dotazioni tecnologiche dell'Azienda da fornire al dipendente		entro dicembre 2024	
Miglioramento dei processi interni	Consolidamento di una cultura manageriale orientata ai risultati. Saranno oggetto di studio e definiti gli indicatori maggiormente utili a misurare e valutare il potenziale contributo del Lavoro Agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi			entro dicembre 2025
Miglioramento dei processi interni	Valutazione dell'impatto del Lavoro Agile sulla performance organizzativa			entro dicembre 2025

C. Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa

Il presente documento, ai sensi del DM 20.06.2022 n. 132 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione”, elaborato sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall’organo di indirizzo in base alla Legge n.190 del 2012, sono formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico. Gli elementi essenziali della sottosezione, volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall’ANAC.

La presente sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO, si colloca in una stagione di forti cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall’Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia da SARS CoV-19, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), nuovo strumento di programmazione dal 2022, che deve essere adottato annualmente dalle amministrazioni di cui all’art. 1, co. 2, del D.Lgs. n.165/2001 (escluse le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative) e in cui la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza è parte integrante, insieme ad altri strumenti di pianificazione, di un documento di programmazione unitario.

In tale prospettiva, secondo quanto previsto dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione», l’Autorità ha adottato il PNA 2022 con delibera n. 7 del 17.01.2023, che costituisce atto di indirizzo per le Pubbliche Amministrazioni e per gli altri soggetti tenuti all’applicazione della normativa con durata triennale ed al quale la ASL n. 5 di Oristano, si attiene, compatibilmente con la sua particolare situazione di Azienda Sanitaria costituita a seguito della Riforma Sanitaria della Regione Sardegna, e il cui Atto Aziendale è stato solo recentemente approvato ed adottato.

In questa sottosezione del PIAO verranno individuate le strategie principali per la prevenzione ed il contrasto della corruzione intesa nel più ampio significato di cattiva amministrazione.

In considerazione della sua natura strategica la sottosezione rischi corruttivi e trasparenza, non può essere visto come un’attività che si esaurisce con la sua compilazione ed approvazione ma, va inteso come un insieme di azioni e strumenti, finalizzati alla prevenzione, che vengono di volta in volta affinati, modificati o sostituiti in relazione al rischio corruttivo ed alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, ai mutamenti dell’ambiente interno ed esterno e alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione o da altri atti di indirizzo relativi a materie di competenza della Regione Sardegna competente in materia di programmazione sanitaria regionale.

Il nuovo assetto dev’essere implementato con atti organizzativi interni, creazione di strutture, attribuzioni di deleghe del Direttore Generale, acquisizioni di incarichi e acquisizione di personale necessario.

CONTESTO ESTERNO

Valutazione di impatto del contesto esterno.

Le caratteristiche strutturali e congiunturali dell’ambiente culturale, sociale ed economico del territorio regionale sardo nel quale l’amministrazione si trova ad operare al fine di individuare fenomeni e circostanze

che possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi sono già state ampiamente esaminate nell'Allegato 1 e nella sez. I del presente documento.

L'azienda non solo conforma la propria azione ai principi già esposti ma implementa l'attività di mappatura e di monitoraggio di alcuni processi maggiormente a rischio, nonostante i mutamenti dell'organizzazione che si andranno a delineare nel corso dell'anno.

L'essenza dell'attività erogata dalle aziende del SSN è "la Salute". Affrontare il tema della legalità all'interno del Sistema Sanitario significa avere presente la delicatezza dell'ambito in cui si opera, che è la tutela della salute delle persone. Non si tratta semplicemente di analizzare un'organizzazione o un ambito di produzione di servizi, ma comprendere come possa essere migliorata l'attività di un settore che deve godere della fiducia dei cittadini e a cui gli stessi si rivolgono in momenti di difficoltà.

Un settore come quello Sanitario, che si dedica alla cura e all'assistenza delle persone fragili, ha bisogno di contare su un personale integro, dai comportamenti ineccepibili, dalle relazioni trasparenti. Il sistema sanitario va preservato, mantenendolo coerente con la propria natura solidaristica e va protetto da possibili infiltrazioni dell'illegalità, affinché possa garantire la propria funzione essenziale. Perché ciò sia possibile è necessario perseverare nella diffusione del concetto di sostenibilità del Sistema Sanitario facendo in modo che la tutela della salute debba essere considerata prioritaria rispetto ad altri obiettivi.

La prima forma di illegalità che il nostro sistema di tutela della salute deve affrontare è la mancata erogazione di prestazioni ai cittadini. Il diritto alla tutela della salute è riconosciuto dalla Costituzione come fondamentale e, la normativa istitutiva del Servizio Sanitario (di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza LEA) prevede che, di fronte a reali problemi di salute, il cittadino abbia diritto a essere preso in carico, accudito e assistito.

Ma proprio questi elementi rendono la sanità un ambito che presenta fattori di rischio superiori a quelli di altri settori, a causa di alcune specificità che non possono essere sottovalutate: dalle asimmetrie informative, alle ingenti dimensioni economiche, dalla complessità tecnica al ruolo delle relazioni interpersonali, dal rilevante fabbisogno di personale ai numerosi conflitti di interesse che al suo interno vengono a crearsi.

Il settore sanitario è innanzitutto importante dal punto di vista economico, essendo oggetto di attenzione da parte degli operatori del mercato, in particolare di quelli che ambiscono (in modo spregiudicato) ad acquisire rendite di posizione o ad accaparrarsi contratti di fornitura senza rispettare le regole. Non si può inoltre non considerare la quantità di persone che a vario titolo lavorano in sanità e nelle organizzazioni connesse. Si tratta di una rete di persone, relazioni e collaborazioni sostenute da una normativa complessa e da regole etiche molto delicate.

CONTESTO INTERNO

Valutazione di impatto del contesto interno.

L'Azienda Socio Sanitaria n. 5 di Oristano è stata costituita il 1 gennaio 2022 a seguito della riforma del Sistema Sanitario Regionale approvato con la L.R. n. 24/2020 e in quanto nuova Azienda è ancora in fase di implementazione e strutturazione sia organizzativa che di personale.

La riforma di cui alla citata Legge Regionale prevede di affidare alle Aziende Socio-Sanitarie Locali (ASL) la responsabilità dei servizi assistenziali nei rispettivi territori di competenza, e all'Azienda Regionale per la Salute della Sardegna (ARES) compiti e funzioni di carattere tecnico-amministrativo a favore delle ASL.

L'ASL N. 5 di Oristano, come da DGR N.46/24 del 25.11.2021 della Regione Autonoma della Sardegna

(RAS), sta procedendo a definire il proprio assetto organizzativo:

la Giunta Regionale con Deliberazione n. 1/3 del 03.01.2023 ha approvato l'Atto Aziendale della ASL n. 5 (di cui alla Delibera del D.G. n. 463 del 05.12.2022) preve modifiche ed integrazioni. L'ASL con deliberazione del D.G. n. 26 del 24.01.2023 ha provveduto ad apportare le modifiche ed integrazioni richieste dall'Assessore e la Giunta Regionale l'ha dichiarato conforme con Deliberazione n. 3/41 del 27/01/2023, ai sensi dell'art.16, comma 2, della L.R. n. 24/2020.

Allo stato attuale la Direzione Aziendale sta procedendo ad apportare le modifiche organizzative ed istituzionali richieste dalla succitata Deliberazione di approvazione dell'Atto Aziendale, anche se tale lavoro non potrà che avvenire per varie tappe intermedie e il cui tempo di realizzazione non può al momento essere quantificato.

L'anno 2022 è stato caratterizzato da una fase di implementazione della Riforma Sanitaria Regionale e attualmente l'organizzazione aziendale, in attesa che si concretizzi progressivamente la nuova organizzazione prevista dall'Atto Aziendale, è caratterizzata dalle componenti strutturali previste dalla L.R. n. 24/2020.

Con la Deliberazione del D.G. n. 49 del 04.03.2022 è stato nominato il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) dell'ASL n. 5 di Oristano. Con la Deliberazione del D.G. n. 115 del 19.04.2022, l'ASL n. 5 di Oristano ha recepito i regolamenti adottati da ATS Sardegna, in quanto compatibili, al fine di garantire la continuità di tutti i servizi sanitari ed amministrativi, così come previsto dalla RAS e pubblicati sulla pagina Amministrazione Trasparente del sito aziendale. In data 29.06.2022 con Deliberazione del D.G. n. 193 è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'ASL n. 5 di Oristano. In data 29.04.2022 con Deliberazione del D.G. n. 125 è stato adottato Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'ASL n. 5 di Oristano. In data 30.06.2022 con Deliberazione del D.G. n. 215 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ASL n. 5 di Oristano e in data 31.01.2023 con Deliberazione del D.G. n. 33 è stato adottato il PIAO per il triennio 2023-2025 che viene modificato e integrato dal presente documento come da PNA 2022.

In quanto nuova Azienda ancora in fase di strutturazione sia organizzativa che di personale l'ASL n. 5 di Oristano ha recepito oltre che tutti i Regolamenti ATS Sardegna, in quanto compatibili, le procedure e le buone prassi in materia di lotta alla corruzione, al fine di prevenire i possibili rischi corruttivi e per la Trasparenza. La sezione del sito Amministrazione Trasparente è in continua implementazione ed aggiornamento ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.

Il ruolo del RPCT, i sensi della L. 90/2012, di difficile compito, è ancora più gravoso perché allo stato attuale non solo non dispone di una propria Struttura di Supporto, ma anche perché l'intera organizzazione aziendale, non è stata ancora delineata in tutti i suoi aspetti, vista la recentissima approvazione dell'Atto Aziendale. L'implementazione delle attività relativamente alla Sez. Anticorruzione e Trasparenza è stata tuttavia svolta cercando di completare tutti gli aspetti possibili. Ci si trova, pertanto ancora in un contesto caratterizzato da una fase transitoria di implementazione della riforma di cui alla L.R. 24/2020.

L'Azienda risulta attualmente strutturata dal Direttore Generale, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 51/41 del 30/12/2021, secondo gli indirizzi predisposti dalla Giunta Regionale, coadiuvato dal Direttore Sanitario, nominato con Deliberazione del D.G. n. 273 del 22/07/2022, e dal Direttore Amministrativo nominato con Deliberazione del D.G. n. 272 del 22/07/2022.

Nella presente fase transitoria, sotto il profilo amministrativo, attualmente, l'Azienda è composta da due servizi, il Servizio Giuridico Amministrativo e il Servizio Programmazione e Controllo, strutture ereditate dalla precedente organizzazione amministrativa di ATS Sardegna.

In particolare il Servizio Giuridico Amministrativo, svolge le sue competenze in diversi ambiti dell'attività aziendale. Esso, infatti abbraccia le attività più propriamente afferenti ad un servizio di Affari Generali, quali la pubblicazione atti, la gestione del protocollo informatico e l'attività di supporto tecnico amministrativo al Direttore Generale ma, altresì, attività quali gli acquisti al momento entro la soglia di € 40.000,00 ed ha limitata competenza in materia di personale.

I limiti alle competenze discendono dall'organizzazione che l'organo politico ha impresso con la L.R. 24 del 11.09.2020 in forza della quale sono delineate le competenze ed i limiti propri di ognuno degli attori del Sistema Sanitario Regionale.

Sotto il profilo dell'organizzazione sanitaria il modello è strutturato in tre macro articolazioni:

a) Presidio Ospedaliero, con riferimento all'organizzazione sanitaria dei presidi ospedalieri la L.R. 24/2020 ha voluto superare l'articolazione della rete ospedaliera caratterizzata dalla presenza di presidi ospedalieri unici di area omogenea, eventualmente ripartiti in più stabilimenti sebbene, nelle more della riorganizzazione trovino applicazione le disposizioni del Documento del 25 ottobre 2017 con il quale il Consiglio Regionale della Regione Sardegna ha approvato la rete ospedaliera attualmente vigente;

b) Distretti Socio Sanitari, che nell'Azienda Socio sanitaria Locale n. 5 di Oristano sono tre, costituiscono il momento di sintesi tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale;

c) Dipartimenti strutturali (ospedalieri e territoriali).

Con la DGR n. 2/9 del 17.01.2023 (avente ad oggetto "Indirizzi alle aziende sanitarie in merito alla gestione del ciclo passivo del procurement dei beni Farmaceutici e Sanitari del Magazzino Farmaceutico e del trasferimento degli Uffici Tecnici"), la Giunta Regionale ha dato mandato ad ARES di procedere al trasferimento degli Uffici Tecnici e delle Farmacie Territoriali e Ospedaliere e del relativo personale alle ASL a fare data dal 01.01.2023.

ARES Sardegna con note prot. n. 140201 del 24.01.2023 e n. 16209 del 30.01.2023 ha disposto il passaggio all'ASL n. 5 di Oristano, con decorrenza dal 01.02.2023, del personale afferente all'Area del Farmaco e all'Area Tecnica. Con Delibera del D.G. dell'ASL n. 5 di Oristano n. 49 del 10.02.2023 si è formalmente preso atto del suddetto trasferimento.

L'analisi del contesto interno che consente di individuare la struttura organizzativa dell'ente è stata trattata nella sez. III, la mission e la vision sono state esaminate/analizzate nella sezione I cui si rimanda.

Con Deliberazione del D.G. n. 90 del 14.03.2023 avente ad oggetto: "Atto Aziendale della ASL n. 5 di Oristano. Avvio della fase di implementazione organizzativa", si è dato atto che la piena operatività dell'Atto Aziendale e il consolidamento degli assetti organizzativi ivi previsti necessitano di una serie di azioni e si procederà progressivamente:

- ✓ *alla definizione e adozione del Funzionigramma aziendale, nell'ambito del quale saranno delineate in maniera analitica, le funzioni e attribuzioni delle Strutture previste dall'organigramma di cui all'Atto Aziendale.....;*
- ✓ *alla definizione del processo di graduazione delle funzioni dirigenziali.....*
- ✓ *all'attribuzione degli incarichi dirigenziali gestionali.....*

Si evidenzia, in relazione alle Valutazioni di impatto di entrambi i contesti, che l'Azienda, persegue i

propri scopi istituzionali nel costante rafforzamento delle politiche aziendali di valorizzazione dei principi di buon andamento e delle legalità, attraverso la cura delle buone pratiche amministrative e il monitoraggio delle aree a maggior rischio corruttivo come da L. 190/2012 e disposizioni collegate.

I PROTAGONISTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE AZIENDALE

La Direzione Aziendale

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

- ✓ designa e supporta il R.P.C.T;
- ✓ adotta il PIAO ed i suoi aggiornamenti;
- ✓ pubblica il P.I.A.O. approvato sul sito aziendale, nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e verifica circa la trasmissione dello stesso al Dipartimento della Funzione Pubblica;
- ✓ adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, regolamenti per le sponsorizzazioni, atti di organizzazione dell'attività libero professionale etc.);
- ✓ garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento a quelli organizzativi;
- ✓ definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione Trasparenza (RPCT)

Svolge nello specifico le seguenti attività e funzioni:

- ✓ elabora l'apposita sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione relativa alla prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dalla Direzione Aziendale entro il 31 gennaio di ogni anno e verifica l'attuazione del piano e propone le dovute modifiche dello stesso laddove siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione;
- ✓ verifica, d'intesa con il dirigente competente, sull'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività negli ambiti in cui è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- ✓ individua, d'intesa con il dirigente competente, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- ✓ redige e pubblica sul sito web dell'Amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, la relazione recante i risultati dell'attività svolta e cura la trasmissione della stessa alla Direzione Generale dell'Amministrazione e all'OIV. La suddetta relazione si basa anche sui rendiconti ricevuti dai dirigenti relativamente alle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano stesso. Tenuto conto del delicato compito organizzativo e di raccordo, svolto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, l'Azienda si impegna ad assicurare allo stesso Responsabile un appropriato supporto attraverso l'assegnazione di adeguate,

risorse professionali, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

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

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

- ✓ sono responsabili della corretta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione attinenti i processi da loro gestiti;
- ✓ partecipano a processo di gestione del rischio, all'individuazione delle misure di contenimento del rischio e alla corretta implementazione/attuazione delle misure;
- ✓ svolgono attività informativa nei confronti del RPC e dei Referenti del RPC, nel rispetto delle tempistiche assegnate, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, implementazione e monitoraggio delle misure adottate nel PIAO;
- ✓ sono responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei Regolamenti e delle procedure aziendali, delle disposizioni e di osservare tutte le misure, sia generali che specifiche contenute nella sez. prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012), del monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure e del rispetto dei termini per l'implementazione di quelle nuove;
- ✓ assicurano l'osservanza e la diffusione del Codice di comportamento, verificano e segnalano le ipotesi di violazione;
- ✓ adottano le misure gestionali di competenza, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001).

I dirigenti hanno la responsabilità primaria nell'assicurare l'efficacia delle misure di contenimento del rischio corruzione per quelli a maggior impatto e probabilità e operano attivamente in materia di rischi e controlli all'interno dei propri processi.

I Referenti del RPCT

- ✓ supportano e affiancano il RPCT nello svolgimento dei propri compiti e attività di monitoraggio delle misure;
- ✓ presidiano, diffondono e monitorano la corretta applicazione della sez. prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO, del Codice di comportamento, dei Regolamenti aziendali e delle misure di prevenzione della corruzione per il corretto svolgimento dei processi aziendali;
- ✓ coinvolgono i dipendenti delle loro Strutture nella attività previste dal PTPC;
- ✓ forniscono gli elementi necessari per la valutazione dei rischi e l'aggiornamento del Piano.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e Altri Organi di Controllo Interno

Nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza gli organismi di controllo interno, l'O.I.V. ed il Collegio Sindacale, svolgono i seguenti compiti:

- ✓ partecipano al processo di gestione del rischio;
- ✓ svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione con riferimento alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- ✓ esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);

- ✓ propongono annualmente eventuali modifiche e miglioramenti del PIAO e in particolare della sez. per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UDP)

L'Azienda, nelle more della progressiva attuazione dell'Atto Aziendale recentemente approvato ed adottato, non ha ancora potuto attivare al proprio interno l'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari (UDP) e risulta ancora operativo in continuità amministrativa quello attivato dall'ex ATS Sardegna, anche a seguito di accordo espresso tra i vertici ARES e i direttori generali della AA.SS.LL. Pertanto, al momento dell'attivazione ed implementazione delle strutture, così come previste nell'Atto Aziendale, sarà opportuno in via prioritaria superare tale fase transitoria con la nomina di un proprio UDP aziendale e con l'approvazione dei rispettivi regolamenti per il personale Dirigente e per il personale del Comparto Sanità, al fine dell'esercizio delle proprie funzioni come previste dalle vigenti norme in materia e nello specifico:

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

Il Responsabile della Formazione

Il Piano Nazionale Anticorruzione attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio. L'Azienda non ha potuto attivare un proprio Servizio Formazione, in quanto tale funzione attualmente è in capo ad ARES. Non appena verrà attivata e implementata la struttura specifica: SSD Qualità e Formazione Permanente, come prevista dall'Atto Aziendale di recente approvazione ed adozione, la stessa, collaborerà in sinergia e in stretta correlazione con le funzioni assegnate ad ARES dalle disposizioni regionali. Pertanto, sarebbe opportuno superare la fase transitoria con la declinazione di specifiche procedure operative per definire e sviluppare rapporti di collaborazione col RPCT con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- ✓ collegamento tra la formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e il programma annuale della formazione;
- ✓ i criteri per individuare i soggetti che erogano la formazione e i contingenti di personale da formare;
- ✓ i contenuti, i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

Il personale dipendente e i collaboratori dell'Azienda.

Sono tenuti al rispetto di quanto previsto dalla presente Sezione:

- ✓ i dipendenti dell'ASL n. 5 di Oristano, sia con rapporto esclusivo che non esclusivo;
- ✓ personale operante presso le strutture del SSN a qualunque titolo, compresi tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività assistenziale, anche in prova, inclusi i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati;
- ✓ i collaboratori e consulenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'ASL n. 5 di Oristano;
- ✓ tutti i soggetti che a diverso titolo operano o accedono in Azienda;

- ✓ i soggetti che stipulano contratti o convenzioni con l'ASL n. 5 di Oristano;

Prevenire la corruzione è un'azione collettiva che passa sicuramente attraverso l'impegno e la responsabilità di tutti i protagonisti che sin qui sono stati indicati, ma è in primo luogo un'azione sinergica di tutti coloro che operano a qualsiasi titolo nell'Azienda. Moltissimi dipendenti e collaboratori svolgono infatti la propria attività a contatto con il pubblico contribuendo a costruire l'immagine dell'Azienda sia in termini positivi che negativi. Appare evidente, pertanto, che la consapevolezza di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati devono assumere per tutti i dipendenti e per i collaboratori un'estrema importanza. Ciascun dipendente/collaboratore è tenuto quindi a:

- ✓ partecipare al processo di gestione del rischio;
- ✓ osservare le misure contenute nel PIAO Sez. PCT.;
- ✓ segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al RPCT o all'U.P.D. (art.54 bis del D.lgs. 165/01), ovvero per il tramite della piattaforma aziendale Whistleblower;
- ✓ segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- ✓ segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la P.A., che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- ✓ tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

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

Al mantenimento del sistema di prevenzione dell'anticorruzione e della trasparenza, partecipa anche la figura del responsabile dell'anagrafe stazione appaltante e soggetto gestore antiriciclaggio (RASA). L'individuazione e la nomina di tale figura responsabile è stata operata con Deliberazione del D.G. n. 5 del 19.01.2022. In riferimento alle indicazioni dell'ANAC (comunicato del 28 ottobre 2013) il RASA è incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa. Tale figura inoltre è individuata nella presente sezione del PIAO come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione e ad essa spetta l'obbligo informativo di implementare la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC con i dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo. Tali adempimenti sussistono fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

LA MAPPATURA DEI PROCESSI DI VALUTAZIONE DEL DIVERSO LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI CORRUZIONE DELLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI

Individuazione delle attività a rischio

Premesso che, ad oggi, non sono stati segnalati né si è avuta notizia di fatti corruttivi e che d'altro canto ancora non sono intervenuti importanti cambiamenti dell'assetto organizzativo, in quanto non è stato possibile implementare la strutturazione ed organizzazione aziendale prevista nell'Atto Aziendale, che, come già più volte sottolineato, è stato approvato e adottato in via definitiva solo di recente, nella presente sottosezione sono riportati in coerenza e continuità con quanto già indicato nel vigente PIAO in tema di valutazione delle aree a rischio le rilevazioni sintetiche delle attività in essere da parte della costituenda

Azienda e la mappatura del rischio di corruzione in relazione all'esistente. Pertanto, sarà opportuno in via prioritaria procedere ad una revisione ed integrazione della mappatura dei processi e dell'analisi e valutazione delle aree di rischio successivamente e seguendo la progressiva attuazione dell'Atto Aziendale. Dalle analisi effettuate, sono stati aggregati, conformemente alle aree di rischio generali e specifiche così come individuate dall'aggiornamento al PNA e alle specificità emerse dall'esame del contesto esterno e interno, alcuni processi a medio e alto rischio di corruzione, sui quali è stata focalizzata l'attenzione al fine di individuare appropriate e concrete misure di prevenzione e riduzione del rischio.

In particolare, è stato valutato il grado di rischio dei principali processi connessi con le attività aziendali più rilevanti, con specifico riferimento alla probabilità (media e alta) che si verifichi un evento corruttivo. In questa fase transitoria per la misurazione del rischio è stata utilizzata la stessa metodologia già in uso presso l'ex ATS Sardegna sin dal 2019 come illustrata nell'allegato 4.1 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 3 alla presente sezione sono contenute le schede con l'individuazione di:

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

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

IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI. MISURE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE.

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

- ✓ Ridurre l'opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- ✓ Incentivare i controlli e quindi la possibilità di scoprire gli eventi corruttivi;
- ✓ Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Le misure di ordine generale che l'Azienda intende mettere in campo in questa fase transitoria al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne delle ulteriori nel momento dell'implementazione della progressiva attivazione del proprio Atto Aziendale, recentemente approvato e adottato, 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* attivata a decorrere dal 29.09.2022.

Alcune delle misure individuate potranno, stante il perdurare di questa fase transitoria, essere applicate con gradualità e/o più o meno integralmente in funzione della disponibilità delle risorse umane e organizzative necessarie nelle more della riorganizzazione prevista nell'Atto Aziendale.

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

Peraltro, la rotazione del personale oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e come misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici, in quanto favorisce l'acquisizione di competenze di carattere trasversale e professionalità volte al perseguimento delle finalità istituzionali, è altresì prevista in modo espresso dalla legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (art. 1, c. 4, lettera e); comma 5, lettera b); comma 10, lettera b), come misura anticorruzione (la rotazione degli incarichi, d'altra parte, già dalla "Riforma Brunetta" - D.lgs. n. 150/2009 - è stata considerata anche strumento fondamentale di trasparenza e contrasto della corruzione essendo stata inserita come una delle misure gestionali: l'articolo 16, c. 1, lett. I quater, del D. Lgs n. 165/2001 prevede che i dirigenti, con provvedimento motivato, facciano ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva).

La rotazione non deve essere considerata come misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative. Deve, altresì, essere rimarcato che nel quadro dell'attuazione del principio di rotazione, fatti salvi gli effetti normo/economici di eventuali diverse ed autonome valutazioni negative del dipendente, non dovrà darsi luogo a riduzioni del trattamento economico attribuito al personale interessato.

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

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

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

Criteri per la rotazione ordinaria del personale

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ applicazione della doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- ✓ audit dipartimentali incrociati sulle attività svolte;
- ✓ composizione delle Commissioni con criteri di rotazione casuale;

- ✓ individuazione di uno o più soggetti estranei all'ufficio di competenza, anche con funzioni di segretario verbalizzante, in aggiunta a coloro che assumono decisioni nell'ambito di procedure di gara;
- ✓ separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni ispettive;
- ✓ verbali relativi ai sopralluoghi sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- ✓ supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico.

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

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

La rotazione ovviamente non opera per le "figure infungibili", intendendo per tali quelle figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche o è richiesto il possesso di lauree specialistiche o altri titoli di studio posseduti da una sola unità lavorativa e non richiesti per altre figure dirigenziali.

La rotazione del personale potrà essere facilitata da una pianificazione pluriennale delle iniziative formative con l'adozione di programmi orientati a contrastare le tendenze all'esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità. In tale ottica l'Azienda potrà orientarsi anche verso l'adozione di sistemi di gestione interni che aggiungano valore alla valutazione delle performance e consentano di favorire l'effettivo sviluppo del capitale professionale potenziale.

Rotazione ordinaria del personale dirigenziale

La rotazione dei dirigenti, in attuazione dei principi generali sopra declinati, si realizza per le aree per le quali, a discrezione della Direzione strategica e a seguito di una mappatura degli incarichi/funzioni apicali, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di assicurare continuità dell'azione amministrativa e coerenza di indirizzo delle strutture, si prevede la possibilità di favorire lo sviluppo di nuove competenze anche - ma non soltanto - nelle aree alle quali afferiscono i processi a rischio individuati nel PIAO-SEZ-PCT, prevedendo l'alternanza fra i responsabili di Unità Operative Complesse, fra i Responsabili di Unità Operative Semplici, dei Responsabili di procedimento nonché dei Componenti delle commissioni di gara e di concorso.

La rotazione dei dirigenti per quanto riguarda le UOC avverrà a livello intra dipartimentale in modo da evitare potenziali criticità riconducibili allo svolgimento di attività troppo distanti o scarsamente affini rispetto a quelle precedentemente svolte e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio.

I dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva collaborazione e dell'accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento.

Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale

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

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

Rotazione straordinaria del personale

L'istituto della "rotazione straordinaria" è previsto dall'art. 16, comma 1, lett. I quater del D. Lgs. n. 165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

Tale misura, cosiddetta rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Azienda.

La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e con il quale viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito.

Il trasferimento può avvenire con un trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede.

Pur non trattandosi di un provvedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga dato all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misura di tipo cautelare.

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

Tempistica ed immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria

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

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

Per quanto sopra, l'ANAC (Delibera n. 215/2019) ritiene che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, comma 1, lett. I quater, del D.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.

Durata della rotazione straordinaria

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

Rapporto tra rotazione straordinaria e trasferimento d'ufficio in caso di rinvio a giudizio

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

In caso di rinvio a giudizio, per lo stesso fatto, trova applicazione l'istituto del trasferimento disposto dalla L. 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 L. n. 97/2001.

Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL N 5 di Oristano

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

L'ASL n. 5 di Oristano non ha ancora potuto redigere un proprio Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, stante il perdurare della particolare situazione gestionale transitoria, come già più volte evidenziato nel presente documento in quanto la Regione Sardegna ha approvato solo recentemente, in via definitiva, l'Atto Aziendale con la conseguente adozione da parte dell'Azienda. In riferimento al principio di continuità amministrativa e tenuto conto in merito della nota R.A.S. prot. PG/2022/1246 del 18 gennaio 2022 avente ad oggetto "*LR n. 24/2020 e s.m.i. Costituzione delle Aziende. Fase di prima applicazione. Continuità assistenziale e amministrativa*", con la quale è stata ribadita la necessità di garantire la continuità di tutti i servizi sanitari e amministrativi da parte delle Aziende Socio Sanitarie Locali (ASL) e dell'Azienda Regionale della Salute (ARES), l'ASL di Oristano con Deliberazione del D.G. n. 124 del 29.04.2022 ha recepito il Codice di Comportamento approvato dall'ex ATS Sardegna (ora ARES) con deliberazione n. 501 del 29.06.2017 – e successive modificazioni e integrazioni – avente ad oggetto "Adozione provvisoria Codice di comportamento". Tale documento, adottato ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001, integra e specifica il codice adottato dal D.P.R. n. 62 del 16.04.2013 e tiene conto delle Linee guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e disciplina i seguenti ambiti:

- ✓ regali, compensi e altre utilità;
- ✓ partecipazione ad associazioni e organizzazioni;
- ✓ comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse;

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

Gestione del conflitto di interesse

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

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

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

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

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

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

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

Il Responsabile, a fronte di segnalazione di conflitti di interesse e di conseguente astensione del

dipendente, vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente che si astiene.

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

Il conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici L'ANAC con le Linee guida n. 15 recanti "Individuazione e gestione di conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici" (G.U. Serie generale n. 182 del 5.08.2019) ha definito l'ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara.

In particolare, l'art. 42 del Codice dei Contratti pubblici si applica a tutti i soggetti che siano coinvolti in una qualsiasi fase della procedura di gestione del contratto pubblico (programmazione, progettazione, preparazione documenti di gara, selezione dei concorrenti, aggiudicazione, sottoscrizione del contratto, esecuzione, collaudo, pagamenti) o che possano influenzare in qualsiasi modo l'esito in ragione del ruolo ricoperto all'interno dell'ente.

I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione, devono rendere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

La dichiarazione, resa per quanto a conoscenza del soggetto interessato, ha ad oggetto ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza. La dichiarazione è rilasciata al responsabile del procedimento. Il RUP rilascia la dichiarazione sui conflitti di interesse al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico.

Al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato.

L'amministrazione provvede al protocollo, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura.

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, i controlli delle dichiarazioni sostitutive sono effettuati a campione. Il controllo viene avviato in ogni caso in cui insorga il sospetto della non veridicità delle informazioni ivi riportate, ad esempio al verificarsi delle situazioni previste per legge o in caso di segnalazione da parte di terzi.

I controlli sono svolti in contraddittorio con il soggetto interessato mediante utilizzo di banche dati, informazioni note e qualsiasi altro elemento a disposizione della stazione appaltante.

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

L'omissione delle dichiarazioni di cui sopra integra, per i dipendenti pubblici, un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile ai sensi dell'art. 16 del DPR 16 aprile 2013, n. 62.

La sussistenza di un conflitto di interesse relativamente ad una procedura di gestione di un contratto pubblico comporta il dovere di astensione dalla partecipazione alla procedura.

La partecipazione alla procedura da parte del soggetto che versi in una situazione di conflitto di interessi comporta l'insorgere delle responsabilità, penali, amministrative e disciplinari, individuate all'art. 42, comma 3, del codice dei contratti pubblici.

Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o comunque accertata realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato.

La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del DPR n. 62/2013. In particolare, occorre valutare se la causa di astensione sia grave e metta in pericolo l'adempimento dei doveri di integrità, indipendenza e imparzialità del dipendente, considerando, altresì, il pregiudizio che potrebbe derivare al decoro e al prestigio dell'amministrazione di appartenenza. La stazione appaltante deve valutare tutte le circostanze del caso concreto, tenendo conto della propria organizzazione, della specifica procedura espletata nel caso di specie, dei compiti e delle funzioni svolte dal dipendente e degli interessi personali dello stesso.

Nel caso in cui il soggetto responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o nel caso di dirigente, il titolare del potere sostitutivo, accerti la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, lo stesso affida il procedimento ad un diverso funzionario dell'amministrazione oppure, in carenza di idonee figure professionali, lo avoca a sé stesso. 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 dalla gara del concorrente si fa riferimento a quanto previsto dalle Linee guida dell'ANAC n. 15/2019.

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

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

Il nuovo art. 35 bis D.lgs. 165/2001

La L. 190/2012 introduce il nuovo art. 35 bis del D. Lgs n. 165/2001 che pone delle condizioni ostative per la

partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

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 a 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.

Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione: Misure da attuare

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 UOC di apposite dichiarazioni, ai sensi del DPR n. 445/2000, di assenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale.

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

Incompatibilità/Inconferibilità incarichi

A seguito delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni introdotte dalla L. 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 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell' A.N.A.C. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili".

L'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). Si ricorda che l'obbligo

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

L'incompatibilità, invece, comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A. 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:

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

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. 165/2001 e s.m.i. e, per il principio di continuità amministrativa, dal regolamento per la gestione del personale a suo tempo adottato dall'ex Ats-Sardegna con deliberazione del D.G. n. 1325 del 28.12.2017, rinvenibile alla seguente pagina web istituzionale: <https://www.atssardegna.it/index.php?xsl=119&s=12&v=9&c=4811&id=311282&nodesc=1&httpst=www.atssardegna.it> recepito dalla ASL di Oristano con Deliberazione del D.G. n. 115 del 19.04.2022. L'Azienda detta i criteri oggettivi e predeterminati, tali da escludere casi d'incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, nell'interesse del buon andamento della P.A. 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.

Controlli e Regime Sanzionatorio

Nelle more dell'adozione di apposito regolamento aziendale e dell'attivazione di specifico servizio ispettivo, l'osservanza delle disposizioni sul corretto svolgimento di incarichi di ufficio e di attività extraistituzionali è soggetta alle verifiche effettuate anche a campione e/o mirate sui dipendenti da parte 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.

Revolving door - Pantouflage

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. 165/2001 che prevede il divieto, a carico dei dipendenti (sono da ricomprendersi anche i soggetti legati alla P.A. 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 6), 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.

Il Patto di Integrità negli Affidamenti

Secondo quanto previsto dall'art.1 comma 17 della L. 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, l'attuale ASL di Oristano, fa riferimento in quanto applicabili ai modelli a suo tempo adottati con deliberazione del Commissario Straordinario dell'ex ASL di Oristano n. 656 del 18.09.2015 "Adozione misure di contrasto alla corruzione - Presa d'atto delibera Giunta Regionale Regionale n. 30/16 del 16.6.2015: approvazione Patto di integrità".

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

L'Azienda 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, come da ultimo, l'invito sul sito web nella sez. Amministrazione Trasparente del RPCT a stakeholder, associazioni e società civile a presentare proposte, suggerimenti, osservazioni al fine di aggiornamento/modifiche della sotto-sezione del presente PIAO 2023, relativamente alle misure in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

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

L'Azienda 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.

Gestione e monitoraggio del sistema di tutela del segnalante sulla piattaforma *Whistleblower*

I soggetti che segnalano illeciti di cui sono venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro e o di collaborazione con l'azienda, sono tutelati secondo quanto disposto dal comma 51 dell'art.1 della L. n. 190/2012.

E' vietato qualsiasi comportamento discriminante nei confronti dei dipendenti o collaboratori che segnalano un fatto illecito. Per misure discriminatorie si intendono quelle sotto indicate avviate nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico o al RPCT e che a tale evento siano da collegarsi:

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

La piattaforma informatica *whistleblower* aziendale è stata attivata a decorrere dal 29.09.2022 in collaborazione con *Transparency International Italia*. In ottemperanza alla raccomandazione del PNA, il sistema informatico di segnalazione consente di indirizzare la segnalazione al RPCT, unico soggetto abilitato a ricevere e gestire la stessa nella piattaforma informatica nel rispetto delle garanzie che la normativa in materia offre al segnalante.

La gestione delle segnalazioni attraverso il sistema informatico ha il vantaggio di non esporre il segnalante alla presenza fisica dell'ufficio ricevente evitando la diffusione di notizie delicate e riservate.

Le segnalazioni saranno gestite dal RPCT ai sensi della vigente normativa e secondo le linee guida ANAC.

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.

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

La piattaforma è raggiungibile dai segnalanti al seguente indirizzo web:

<https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/whistleblower/>

Procedure per la formazione dei dipendenti in materia di anticorruzione e trasparenza

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

Al fine di garantire una diffusione capillare delle informazioni inerenti la normativa anticorruzione e i relativi provvedimenti che l'azienda adotta nel proprio ambito di competenza (es. codice di comportamento), e mantenere comunque elevato il livello di conoscenza di tali tematiche tra i propri dipendenti, nonché favorire la condivisione di comportamenti organizzativi virtuosi, improntati al rispetto dei valori etici e di legalità, l'Azienda, in ottemperanza a quanto stabilito dalla norma, attua un programma di interventi formativi, da realizzarsi entro il 30 novembre di ogni anno.

Attualmente, le attività formative sono gestite dal Servizio Formazione ARES.

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 RPC, 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 P.A., e più in generale sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

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

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

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

Nel corso del 2023 si procederà, compatibilmente con l'implementazione organizzativa a seguito di attuazione dell'Atto Aziendale, con iniziative di formazione/informazione base rivolte ai dipendenti privilegiando quelle da remoto (FAD), anche in relazione alle misure di contenimento dei contagi da Covid-19 ancora in corso, con interventi diretti del RPCT, con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di risorse possibili, privilegiando i neoassunti.

Monitoraggio eventi formativi sponsorizzati

Nell'ambito della specificità dei percorsi formativi in sanità proseguirà nel corso del 2023 l'attenzione alla partecipazione dei dipendenti ad eventi di formazione o aggiornamento professionale sponsorizzati.

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

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

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

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

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

L'ASL di Oristano, stante il perdurare della fase organizzativa transitoria, in attesa della progressiva attuazione dell'Atto Aziendale e nelle more dell'adozione ovvero delle procedure tese a disciplinare la partecipazione dei propri dipendenti ad eventi sponsorizzati da Case Farmaceutiche o produttrici di beni sanitari, attualmente continuerà a vigilare sulla corretta applicazione delle norme in materia previste dal "Regolamento per la gestione delle sponsorizzazioni e delle donazioni", approvato dall' ex ATS Sardegna con Deliberazione n. 777 del 12.06.2018, recepite nella Deliberazione del D.G. n. 115 del 19.04.2022.

PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Una volta conclusa la fase dell'individuazione dei rischi corruttivi è il momento in cui l'Amministrazione deve procedere alla programmazione delle misure "generalì", intese come misure trasversali sull'intera amministrazione che incidono complessivamente sul sistema di prevenzione della corruzione, e/o specifiche che agiscono puntualmente su rischi specificatamente individuati durante la fase di valutazione incidendo in modo mirato rispetto allo specifico rischio, calibrando al meglio il rapporto tra costi e benefici sostenibili sotto l'aspetto economico e organizzativo.

Le misure da adottare devono tenere conto delle priorità emerse nella fase di analisi e l'amministrazione deve adottare misure che siano sostenibili nella fase del controllo e del monitoraggio evitando di porre in essere misure astratte non attuabili.

E' necessario ribadire che così come evidenziato nel PNA 2022, che l'individuazione e la successiva programmazione di misure idonee alla prevenzione della corruzione sono il fulcro della sezione rischi corruttivi e trasparenza e sono propedeutiche alla identificazione e alla progettazione delle misure da adottare. Limitare la progettazione solo in funzione dell'attuazione del PNRR, avrebbe un obiettivo limitato temporaneamente. Si può concludere pertanto che la progettazione delle misure può essere resa vana da una attività propedeutica inadeguata.

MONITORAGGIO SULL'IDONEITA' E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE

La sez. Anticorruzione e Trasparenza del presente Piano dovrà essere adeguata a seguito di modifiche organizzative che dovessero intervenire nel corso della sua validità. Il monitoraggio e il riesame periodico è la fase che consente di verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione del rischio messe in essere, permettendo di apportare tempestivamente i correttivi necessari.

Il monitoraggio si articola in due sotto-fasi:

- ✓ il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;

- ✓ il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

Quest'ultima rileva in quanto il monitoraggio non deve limitarsi alla verifica dell'attuazione delle azioni anti rischio, ma deve appurare che le stesse azioni diano un reale contributo alla riduzione del rischio corruttivo. Secondo quanto indicato nel PNA 2022, la valutazione dell'idoneità delle misure è di competenza del RPCT, il quale può essere supportato nella metodologia delle sue funzioni dagli organismi impegnati nel processo di valutazione delle performance (OIV) e/o dalle strutture deputate alle attività di auditing interno dove presenti. La possibilità che una misura possa rivelarsi inidonea rispetto al suo scopo può essere dovuta a fattori diversi: attuazione puramente formale delle misure, cambiamento dei presupposti che l'anno determina, cambiamento degli attori inizialmente individuati. L'inidoneità accertata delle misure adottate, comporta da parte del RPCT la ridefinizione delle misure e delle modalità di trattamento del rischio.

Il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno, redige una relazione recante i risultati dell'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti presentati dai dirigenti sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione della sez. Anticorruzione e Trasparenza del PIAO e la trasmette al Direttore Generale ed all'OIV e provvede alla pubblicazione della stessa sul sito aziendale sez. amministrazione trasparente.

Per quanto attiene la relazione del 2022 la stessa è reperibile al seguente link:

[https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione corruzione/](https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione%20corruzione/)

La sezione rischi corruttivi e trasparenza del presente PIAO dovrà essere adeguata a seguito di modifiche organizzative che dovessero intervenire nel corso della sua validità.

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA

Stato di attuazione complessivo

L'ASL di Oristano nelle more della concreta progressiva attuazione dell'Atto Aziendale, recentemente approvato ed adottato, alla luce del dettato normativo in materia di trasparenza e obblighi di pubblicazione (legge 6 novembre 2012, n. 190, D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, D.lgs. 25.05.2016 n. 97) ha predisposto il PIAO 2023-2025 contenente apposita sezione anticorruzione, nella quale si sta procedendo all'implementazione dei flussi informativi necessari a garantire l'individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati (vedasi allegato 2).

In tale schema si prevede di indicare i soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali servizi/uffici tenuti alla individuazione, alla elaborazione dei dati, alla trasmissione e alla pubblicazione sul sito web istituzionale, appena si attribuiranno gli incarichi dirigenziali e si delineeranno le risorse umane. Sono invece individuati i soggetti responsabili in relazione ai monitoraggi e sono specificati i termini, le frequenze e le periodicità dei relativi aggiornamenti. Stante il perdurare dell'attuale fase transitoria e riorganizzativa del sistema sanitario regionale, come già illustrato, alcuni obblighi di pubblicazione e trasparenza non sono nella disponibilità dell'Azienda in quanto i relativi dati e flussi sono nella disponibilità dell'ARES e di tale condizione viene data evidenza nel programma per la trasparenza, così come anche per i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione.

Dalle risultanze della relazione annuale del RPCT relativa alla gestione appena conclusa (2022) e dal monitoraggio effettuato da parte dell' OIV, si evidenzia come il sito web istituzionale (albo pretorio e sez. amministrazione trasparente) sia a distanza di un anno dalla nascita dell'Azienda sufficientemente popolato

di dati ed informazioni e come lo stesso sia in continua evoluzione con l'obiettivo di garantire pienamente gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte dell'Azienda offrendo la possibilità agli *stakeholder* di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

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

Accesso civico e accesso generalizzato

Nel corso del 2022 è stato altresì raggiunto l'obiettivo relativo alla pubblicazione nella sez. "Amministrazione Trasparente" di tutte le informazioni per consentire agli interessati l'accesso civico e l'accesso generalizzato secondo quanto già indicato da ANAC. Al fine di garantire la continuità amministrativa, l'ASL di Oristano ha recepito con Delibera del D.G. n. 115 del 19.04.2022 "l'Aggiornamento del Regolamento aziendale in materia di accesso agli atti documentale, civico semplice e civico generalizzato- Deliberazione del Commissario Straordinario n. 163 del 24.12.2020".

Come indicato nella relazione annuale 2022 del RPCT, sono state evidenziate alcune criticità legate alla procedura per quanto attiene la trasmissione di flussi. Per il corrente anno, al momento dell'implementazione conseguente alla progressiva attuazione dell'Atto Aziendale compatibilmente con la disponibilità di risorse umane, strutturali ed economiche, è opportuno apportare i dovuti correttivi prevedendo modalità informatizzate di trasmissione dei flussi in modo da poter consentire la pubblicazione integrale degli accessi entro il 31.12.2023.

Obblighi informativi verso il RPCT

Nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione sussistono gli obblighi di informazione da parte di tutti i soggetti coinvolti nel mantenimento del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed in modo particolare da parte dei dirigenti (art. 1, co. 9, lett.-c L.190/2012; art. 16, co. 1-ter, D.lgs. n. 165 del 2001). Nella presente sez. del PIAO, così come pure negli allegati di dettaglio relativi alla mappatura dei processi e definizione delle aree di rischio e alle relative misure di prevenzione declinate, sono indicate le specifiche rilevazioni, gli indicatori di monitoraggio e le frequenze con cui i dati devono essere, obbligatoriamente, trasmessi a cura dei soggetti ivi individuati, con particolare evidenza per quanto attiene le attività a più elevato rischio di corruzione. Il RPCT è chiamato a vigilare sull'osservanza e l'attuazione delle misure medesime.

Responsabilità in caso di violazione del PIAO Sezione Anticorruzione e Trasparenza

Ai sensi dell'art. 1, comma 14 della L. 190/2012, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste nella Sez. Anticorruzione e Trasparenza del PIAO, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs n. 165/2001, nonché per omesso controllo, sul piano disciplinare.

La violazione da parte dei dipendenti dell'Azienda delle misure di prevenzione previste dal PIAO costituisce illecito disciplinare.

COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

L'efficacia del PIAO sez Programmazione-Anticorruzione e Trasparenza dipende dalla collaborazione effettiva di tutta l'Organizzazione, pertanto è indispensabile che lo stesso sia coordinato rispetto a tutti gli altri strumenti di programmazione dell'Azienda. Particolarmente importante è l'integrazione da stabilire con il Ciclo della Performance e con gli obiettivi strategici aziendali. A tal fine con il presente piano si è data particolare rilevanza all'attività di contrasto dei comportamenti corruttivi.

In questo senso la ASL n. 5 di Oristano ha previsto in fase di programmazione del Ciclo della Performance di inserire, nei piani operativi, obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione.

ALLEGATI ALLA SOTTOSEZIONE II.C

Allegato_1_Contesto Esterno Regionale

Allegato_2_Obblighi di pubblicazione

Allegato_3_Tabella_rischi_e_misure

Allegato_4_Catalogo_Misure_e_procedimenti e 4.1 Misurazione del Rischio

Allegato_5_Normativa_di_riferimento

Allegato_6_Informativa_pantouflage

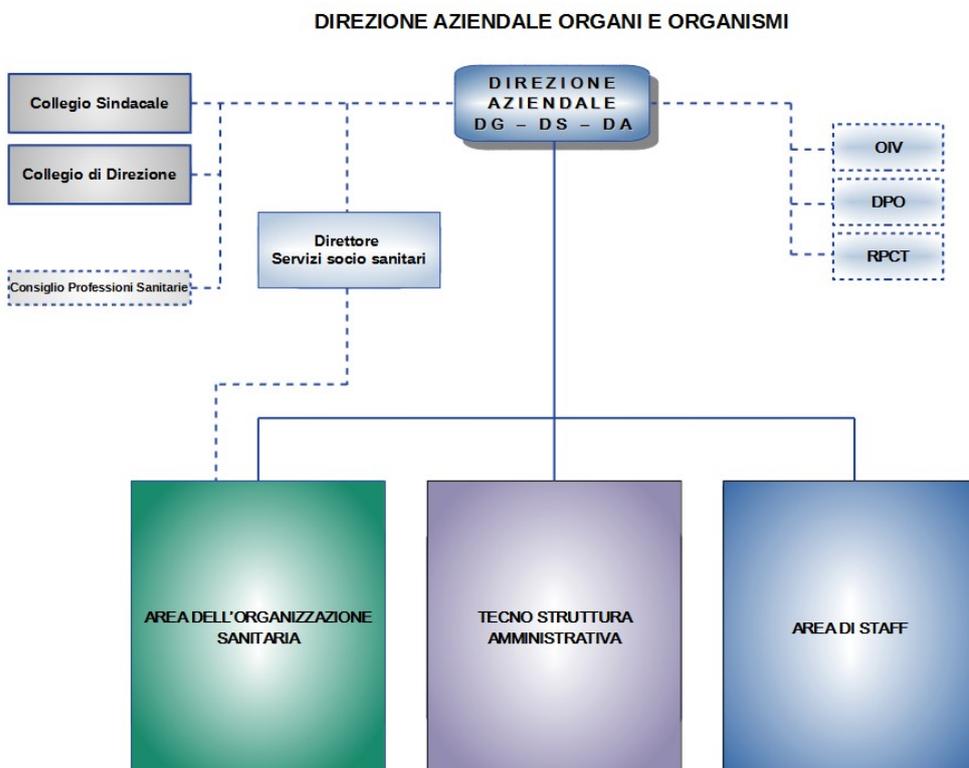
Sezione III – Organizzazione e capitale umano

A. Struttura organizzativa

La struttura organizzativa della ASL n. 5 di Oristano è definita dall'Atto Aziendale, adottato dal Direttore Generale, in conformità alle linee guida regionali, con Deliberazione n. 463 del 5/12/2022.

Ai sensi dell'art.3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii. (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e dell'art. 9 della L.R. 17/2020 e ss.mm.ii. "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore", attraverso l'atto Aziendale l'Azienda individua la propria *mission* e la *vision* che orientano il suo operato istituzionale e, come detto, la struttura organizzativa, nell'ambito della quale saranno ripartite le funzioni di produzione e di supporto finalizzate all'erogazione dell'assistenza collettiva e individuale.

Di seguito è esemplificato l'organigramma della ASL 5 con gli organi, gli organismi e le tre macro-aree organizzative nell'ambito delle quali si esplicitano le funzioni istituzionali, in costante interconnessione tra loro, ossia l'area del governo strategico, l'area di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e l'area delle attività amministrative e tecniche di supporto alla produzione sanitaria.



Nell'ambito dell'Azienda è attuato il principio della distinzione fra le funzioni di governo (programmazione, indirizzo, allocazione delle risorse e controllo), proprie del vertice aziendale (Direzione Aziendale, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, supportati, per quanto di competenza, dal Direttore dei Servizi socio-sanitari) e le funzioni di organizzazione delle risorse e di gestione operativa affidate alla Dirigenza, secondo principi di responsabilizzazione e valorizzazione delle risorse coinvolte ai vari livelli.

Il governo aziendale passa, pertanto, attraverso processi di pianificazione strategica, programmazione e controllo della gestione di competenza del Direttore Generale, svolte attraverso il supporto della Direzione Amministrativa e Sanitaria e delle ulteriori strutture aziendali all'uopo individuate.

Il modello Dipartimentale

Il modello di organizzazione adottato è quello dipartimentale, attraverso il quale si intende perseguire, per quanto più possibile, l'aggregazione di compiti, processi e percorsi al fine di razionalizzare le risorse, di realizzare economie di apprendimento o di esperienza, di scala e di gestione e di migliorare la qualità delle prestazioni in coesione multi-professionale.

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione, di governo unitario dell'offerta per l'area disciplinare di appartenenza, e di gestione integrata delle risorse assegnate alle strutture in esso aggregate. Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da aree funzionali-organizzative e strutture organizzative, semplici e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità. I Dipartimenti possono essere strutturali e funzionali.

I Dipartimenti strutturali sono costituiti dall'aggregazione di strutture complesse– nel numero previsto dagli indirizzi regionali ovvero, in ogni caso, in numero non inferiore a tre, fatta salva per le funzioni di Staff che sono sviluppate secondo un modello dipartimentale, indipendentemente dal numero di SC attivate–eventualmente articolabili in strutture semplici e di strutture semplici dipartimentali, ove previste.

Sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti, e di apposito *budget*, assegnato dalla Direzione Aziendale, la cui gestione è affidata al Direttore di Dipartimento

L'Azienda disciplinerà l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti aziendali in appositi regolamenti attuativi, con i quali vengono delineati, all'interno di ciascuno, il sistema e i criteri di attribuzione di funzioni, attività e risorse, nonché la definizione di un sistema di responsabilità dei dirigenti delle strutture afferenti.

Le unità operative

Nell'ambito dell'organizzazione aziendale, l'Azienda definisce la mappatura complessiva e la graduazione degli incarichi dirigenziali in coerenza con gli obiettivi strategici e i valori a fondamento della propria missione. Ogni unità organizzativa aggrega risorse multi-professionali, tecniche e finanziarie e assicura la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi assegnati, nel rispetto degli indirizzi aziendali. Nell'ambito dell'Atto aziendale, sono individuate le seguenti tipologie di unità operative:

- strutture complesse (SC): organizzazioni complesse che svolgono una funzione o un complesso di funzioni omogenee e/o affini; possono essere aggregate a un dipartimento; sono dotate di

autonomia organizzativa e tecnico-operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive emanati dal Direttore dell'area dipartimentale e dalla Direzione Aziendale; sono dirette da un dirigente nominato in conformità alle normative vigenti;

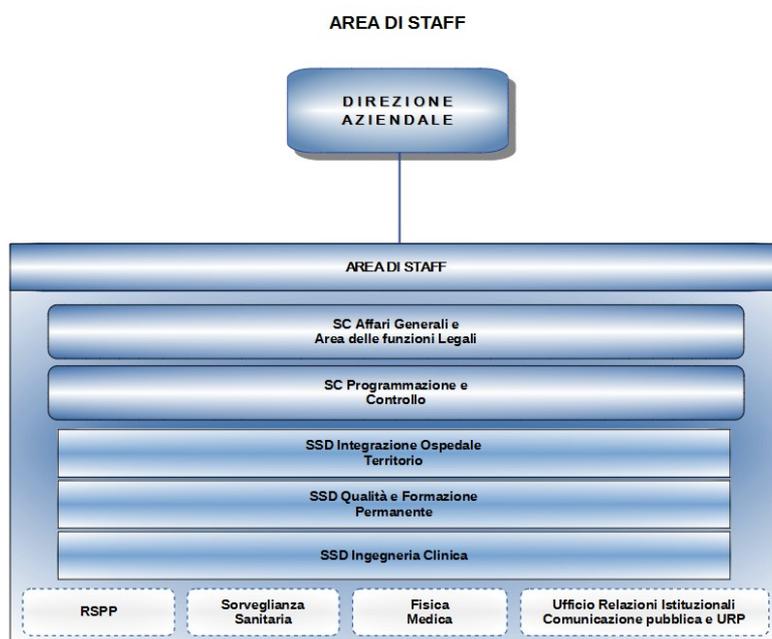
- strutture semplici dipartimentali (SSD): articolazioni in cui sono presenti competenze professionali e risorse finalizzate allo svolgimento di funzioni aventi carattere di particolare intensità delle seguenti variabili: valenza strategica, complessità organizzativa, valore economico, specializzazione, economicità;
- strutture semplici (SS): organizzazioni semplici con un'autonomia funzionale all'interno della struttura complessa nella quale sono inserite.

Le tre macro - aree organizzative

Come evidenziato, l'Atto aziendale della ASL 5 prevede un assetto organizzato strutturato in tre Macro-Aree: lo staff della Direzione aziendale, la tecnostruttura amministrativa e l'area della produzione sanitaria.

Area di Staff

L'Area di Staff supporta la Direzione Aziendale nell'attività di governo, pianificazione strategica, programmazione e controllo, attraverso lo svolgimento delle funzioni inerenti gli affari generali e legali, le relazioni istituzionali, il presidio dei processi di integrazione, qualità, programmazione, controllo, secondo il seguente schema organizzativo.

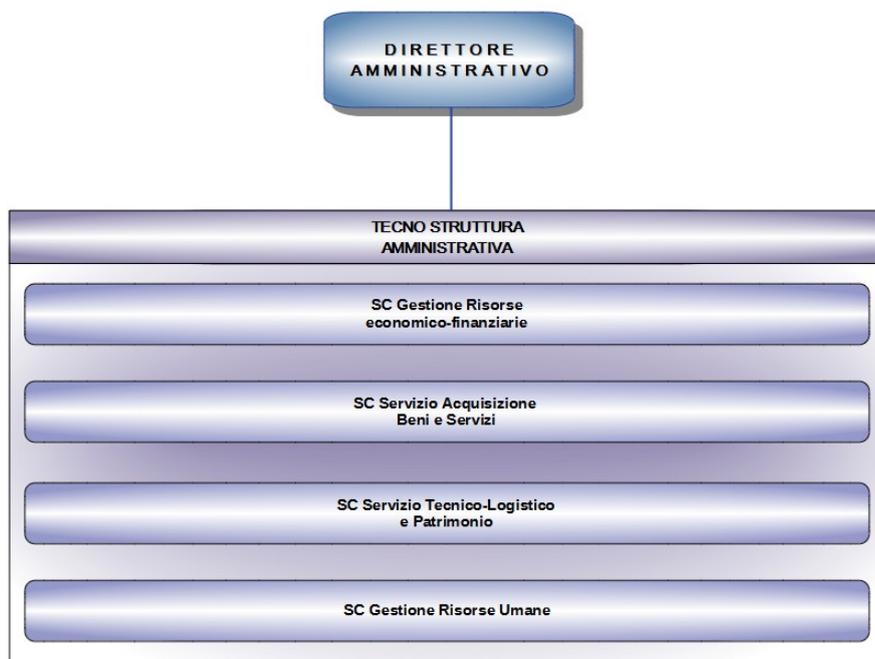


La Tecnostruttura Amministrativa

Traduce sul piano operativo i programmi della Direzione strategica attraverso lo svolgimento delle funzioni amministrative in coerenza con il modello organizzativo del SSR di cui alla L.R. 24/2020 e ss.mm.ii..

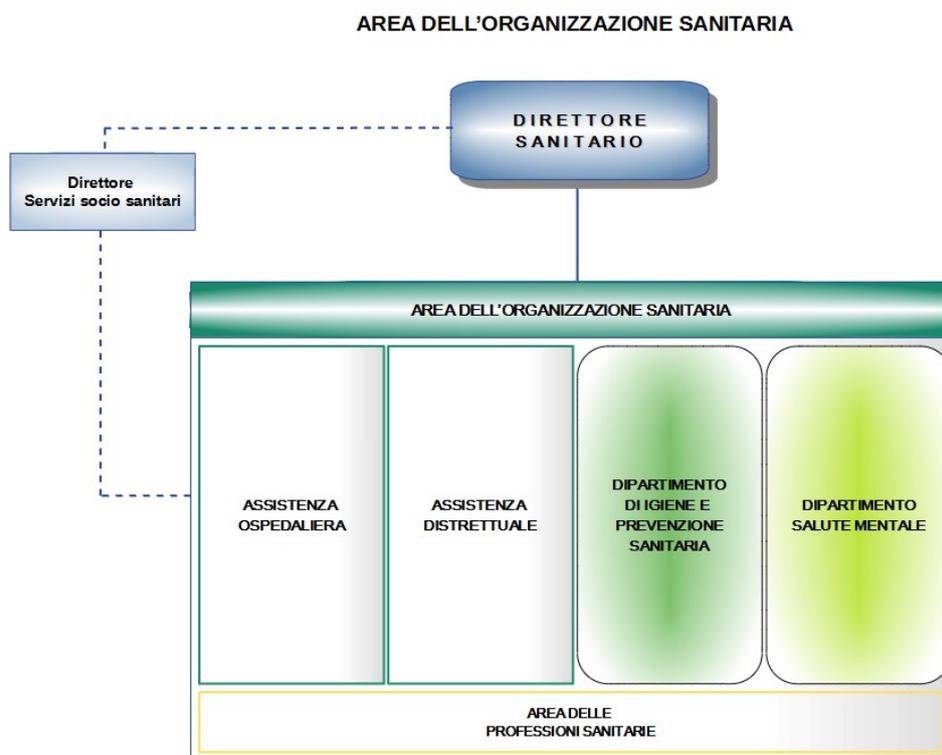
Tali funzioni sono espletate in maniera da garantire unitarietà e omogeneità delle stesse e massima integrazione dell'azione e dell'informazione; a tal fine l'Area è articolata in un'organizzazione dipartimentale, secondo il seguente modello

TECNO STRUTTURA AMMINISTRATIVA



Area dell'organizzazione sanitaria

E' costituita dal complesso delle attività sanitarie di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie ospedaliere e territoriali e delle attività di supporto che concorrono direttamente alla suddetta produzione. L'organizzazione sanitaria dei servizi è articolata nei Distretti, nel Presidio Ospedaliero e nei Dipartimenti ospedalieri e territoriali.



L'implementazione dell'Atto Aziendale

Nel corso del 2023 sarà avviato il processo di implementazione dell'Atto aziendale, articolato nelle seguenti fasi:

- individuazione delle funzioni puntualmente assegnate alle diverse unità operative già individuate;
- completamento dell'assetto organizzativo, attraverso l'individuazione delle articolazioni delle Strutture Semplici, afferenti alle SC e delle loro funzioni;
- mappatura delle diverse tipologie di incarichi dirigenziali da conferire, in coerenza con gli assetti organizzativi;
- graduazione delle funzioni, in ragione dei fattori pre-individuati (gestione dimensionale, rilievo economico/strutturale, livello organizzativo, livello strategico, etc...), e del valore punto determinato

dalle risorse disponibili nei Fondi contrattuali;

- attribuzione degli incarichi e delle relative funzioni delegate. Per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali, l'Azienda provvede tenendo conto delle procedure previste dalla normativa vigente e avuto riguardo alle disposizioni del Capo II del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i., del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i., dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e delle disposizioni regionali. Le tipologie di incarico previste dai CC.CC.NN.LL. vigenti, che configurano diversi livelli di responsabilità, sono le seguenti:

Area della Dirigenza Medica e Sanitaria:

1. incarico di direzione di struttura complessa (un direttore di struttura complessa può assumere incarico integrativo di direttore di dipartimento);
2. Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale;
3. incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa;
4. incarico professionale di altissima professionalità;
5. incarico professionale di alta specializzazione;
6. incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;
7. incarico professionale di base;

Area della Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa:

1. incarico di direzione di struttura complessa;
2. incarico di direzione di struttura semplice, anche a valenza dipartimentale o distrettuale;
3. incarico professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo.

Gli incarichi del personale del Comparto

L'Azienda socio sanitaria di Oristano, nel rispetto di quanto previsto dal vigente CCNL e in coerenza con le disponibilità finanziarie del relativo Fondo, attiverà le procedure finalizzate all'istituzione, graduazione e conferimento degli incarichi al personale del comparto, in adesione ai principi di maggiore responsabilità e di impegno realmente profuso, valorizzazione del merito e della prestazione professionale.

Il sistema degli incarichi sarà funzionale ad una efficace organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale e finalizzato a promuovere lo sviluppo professionale, mediante il riconoscimento dell'autonomia operativa.

B. Organizzazione del lavoro agile

In questa sottosezione sono indicati, secondo le più aggiornate Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con i CC.CC.NN.LL., la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto (lavoro agile).

Scopo del Piano è definire le misure organizzative, i requisiti tecnologici e gli strumenti di misurazione periodica dei risultati conseguiti dai lavoratori impegnati nel lavoro agile.

Normativa di riferimento

Le principali disposizioni in materia di lavoro agile sono le seguenti:

- art. 14, comma 3, l. 7/08/2015 n. 124, recante “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante “Linee Guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- artt. 18 e ss. l. 22/05/2017 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”;
- Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1/07/017 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”;
- Circolare INAIL 48 del 2/11/2017 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”;
- art. 2 “Lavoro agile” Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25/02/2020;
- art. 3 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa” Direttiva 2/2020 del 12/03/2020 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”;
- art, comma 5 art. 18 co. 5 D.L. n. 9 del 2/03/2020, di modifica dell’art. 14, l. n. 124/2015;
- art. 87, commi 1 e 2 del D.L. n. 18 del 17/03/2020, come convertito dalla l. n. 70/2020, e s.m.i.; in ragione dell’emergenza pandemica e della prioritaria necessità di contenerne gli effetti, la disposizione individua il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, con lo scopo di limitare la presenza del personale negli uffici per le sole attività indifferibili o che richiedono necessariamente la presenza in sede, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall’amministrazione;
- art. 2 Circolare esplicativa 2/2020 del 2/04/2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto “Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18”;
- art. 263, comma 4 bis D.L. n. 34 del 19/05/2020; la disposizione introduce la redazione da parte delle pubbliche amministrazioni del **P.O.L.A. (Piano di organizzazione del lavoro agile)**, quale strumento di programmazione del lavoro agile, da redigersi entro il 31 gennaio di ciascun anno, sentite le organizzazioni sindacali;

- Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 19/10/ 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; il POLA definisce *"le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative"*.
- 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";
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/09/2021 recante "Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni"; ai sensi della suddetta disposizione "a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è quella svolta in presenza";
- Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell'8/10/2021, con 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 30/11/2021 nel quale si delineano gli aspetti fondamentali della regolamentazione del lavoro agile e da remoto in attesa della disciplina definitiva derivante dalla contrattazione collettiva;
- D.L. 24/12/2021, n. 221, come convertito dalla l. 18/02/2022 n. 11, "Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19";
- Circolare del 5/01/2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, contenente indicazioni sulle modalità di lavoro agile per le PP.AA. E il lavoro privato;
- D.L. 24/03/2022, n. 24, come convertito nella l. 19/05/2022 n. 52 "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza";

- D.L. 73 del 21/06/2022 come convertito dalla l. del 4/08/2022 n. 122, recante ad oggetto “Misure urgenti in materia di semplificazioni fiscali e di rilascio del nulla osta al lavoro, Tesoreria dello Stato e ulteriori disposizioni finanziarie e sociali;
- D.M. 149 del 22/08/2022 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, “Obblighi di comunicazione relativi al lavoro agile dei dipendenti pubblici e privati”;
- D.L. 9/08/2022, n. 115, cd. “Decreto aiuti-bis”, come convertito dalla l. n. 142 del 21/09/2022, recante “Misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali”;
- legge di bilancio n. 197/2022, rt 1 comma 234 septies;
- CCNL Area delle funzioni Locali - Triennio 2016 – 2018, adottato il 17/12/2020 – dichiarazione congiunta n. 3, ai sensi della quale “Le parti, nel condividere gli obiettivi stabiliti per la diffusione del lavoro agile nella pubblica amministrazione, auspicano la più ampia applicazione dell’istituto anche nei confronti del personale destinatario del presente CCNL (quindi anche per la dirigenza PTA del SSN) assicurando i necessari momenti di partecipazione e coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, in linea con quanto previsto dalla parte comune, titolo II, capo I del presente CCNL”;
- CCNL Comparto Sanità - Triennio 2019 – 2021, adottato il 2/11/2022 – Titolo VI “Lavoro a distanza”, Capo I “Lavoro agile” e Capo II “Altre forme di lavoro a distanza”.

Come emerge dalle disposizioni richiamate, il lavoro agile (smart working) è stato introdotto nel pubblico impiego dalla L. 7/08/2015, n. 124 (cd Riforma Madia) che all’art. 14 ha previsto, nell’ambito della P.A., la necessità di introdurre misure atte a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti. Tra le misure individuate dalla legge in argomento, figuravano appunto il telelavoro e la sperimentazione di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento dell’attività lavorativa.

La disciplina del lavoro agile è stata poi integrata dal legislatore nel 2017, con la L. 22/05/2017, 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”, al cui capo II il lavoro agile viene definito per la prima volta come *“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”*.

Il lavoro agile viene pertanto disciplinato dal legislatore, in una prima fase, come una delle possibili modalità di svolgimento della prestazione di lavoro subordinato; tuttavia è solo a causa della situazione connessa all’epidemia da COVID-19 del 2020 - e della conseguente esigenza di evitare, laddove possibile, i contatti personali - che il lavoro agile è divenuto una tipologia di esecuzione della prestazione lavorativa largamente diffusa anche nel Pubblico Impiego, attuata anche in deroga ai principi che ne disciplinavano l’esecuzione ai sensi della legislazione precedente al periodo emergenziale. In periodo di pandemia, infatti, il Legislatore ha consentito di prescindere dalla sottoscrizione dell’accordo individuale datore – lavoratore e dal rispetto degli obblighi informativi previsti dal capo II della citata Legge n. 81/2017. Ciò ha consentito la coesistenza tra distanziamento sociale ed erogazione dei servizi all’utenza, complice anche la modalità semplificata di

attuazione del lavoro agile. Durante le fasi più critiche dell'emergenza sanitaria degli anni 2020 e 2021 il lavoro agile ha rappresentato così la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/09/2021, adottato successivamente alla cessazione dello stato di emergenza connesso alla pandemia, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella PA torna ad essere quella in presenza, secondo il regime previgente all'epidemia, disciplinato dalla legge n. 81/2017, così come modificata dai successivi provvedimenti normativi. Sono fatte tuttavia salve le posizioni dei lavoratori "fragili", Si tratta, a titolo esemplificativo, di pazienti con marcata compromissione della risposta immunitaria, che si sono sottoposti a un trapianto, di pazienti oncologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, di soggetti sottoposti a dialisi, di pazienti che presentino tre o più delle seguenti condizioni patologiche: cardiopatia ischemica; fibrillazione atriale; scompenso cardiaco; ictus; diabete mellito; bronco-pneumopatia ostruttiva cronica; epatite cronica; obesità (patologie e condizioni certificate da medici). Per costoro, quindi, in base all'emendamento approvato dalla legge di bilancio, il datore di lavoro favorisce lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, anche adibendoli ad altra mansione ricompresa nella medesima categoria o area di inquadramento come definite dai contratti collettivi, senza alcuna decurtazione dello stipendio.

Alla luce pertanto della richiamata disciplina legislativa e contrattuale e in esecuzione di quanto previsto dal D.L. 80/2021, come convertito dalla l. 113/2021, che ha ricondotto al P.I.A.O. i contenuti del Piano di Organizzazione del Lavoro Agile (POLA), saranno di seguito illustrati gli obiettivi e le strategie che la ASL n. 5 di Oristano intende implementare in ordine allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto (lavoro agile e telelavoro). Strategie ed obiettivi che, naturalmente, tengono conto della peculiarità dell'Azienda Sanitaria, il cui scopo istituzionale è la tutela della salute, collettiva e individuale e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza; in ragione della particolarità delle attività svolte nelle aziende sanitarie, lo smart working potrà infatti riguardare il personale del ruolo amministrativo alcune qualifiche del ruolo tecnico o professionale, restando escluse le attività socio-assistenziali e di cura le quali richiedono un contatto diretto con i pazienti e l'utilizzo di strumentazione difficilmente gestibile da remoto, se non nelle forme peculiari della tele-medicina.

Il lavoro agile nell'ambito della ASL 5 di Oristano - livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

L'Azienda socio sanitaria locale di Oristano è stata istituita per scorporo dalla cessata ATS Sardegna il 1/01/2022 e ha adottato, come detto il proprio Atto aziendale con Deliberazione del Direttore Generale n. 463 del 5/12/2022.

Nelle more dell'implementazione dei nuovi assetti organizzativi e gestionali, la continuità dell'azione amministrativa è stata garantita attraverso gli strumenti a suo tempo approntati da ATS.

Per quanto, in particolare, attiene al lavoro agile, sono state applicate, fino alla dichiarazione di cessazione dello stato di emergenza legato alla pandemia da Covid 19, le disposizioni impartite da ATS (circolare del Dipartimento Risorse Umane del 03.11.2021) in base alle quali i dipendenti che operavano nei dipartimenti tecnico-amministrativi, e le cui attività risultavano coerenti con lo smart working hanno potuto aderirvi per un massimo di due giorni lavorativi a settimana. L'accesso al Lavoro Agile, su base volontaria, è stato

riconosciuto a seguito di presentazione della richiesta scritta del dipendente, con parere favorevole del direttore responsabile, e successiva sottoscrizione dell'accordo individuale con allegato il programma delle attività.

Secondo le citate disposizioni, hanno potuto aderire all'istituto i dipendenti non impegnati in attività di cura o socio-assistenziali, ovvero in attività che non richiedevano il contatto diretto con pazienti e assistiti, ovvero i dipendenti con uno status accertato di "fragilità".

Il numero complessivo di dipendenti che nel 2022 ha svolto attività in smart working è pari a 16 unità.

Nel corso del 2023, compatibilmente con l'implementazione degli assetti organizzativi sopra richiamati, la ASL 5, in coerenza con la normativa vigente, avvia il processo di riorganizzazione del lavoro agile.

L'organizzazione del lavoro

L'implementazione di modalità di lavoro agile efficaci ed efficienti presuppone, innanzitutto, una struttura organizzativa del lavoro avanzata, orientata ai risultati e basata su responsabilizzazione e flessibilità, che trova il suo principale fondamento in un rapporto fiduciario tra lavoratore e amministrazione/datore di lavoro datore, basato sul principio guida "far but close", ossia "lontano ma vicino".

Il cardine di funzionamento del lavoro agile è pertanto la collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori, finalizzata alla creazione di valore pubblico e al raggiungimento degli obiettivi perseguiti, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità di esecuzione della prestazione lavorativa. Il lavoro agile deve assumere una funzione di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo. La vera chiave di volta sarà l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito.

Ai fini della corretta implementazione del lavoro agile è fondamentale il ruolo svolto dalle Organizzazioni Sindacali; si richiama a tal fine quanto previsto dall'art. 6, lett.i) del CCNL Comparto Sanità, triennio 2019/2021, ai sensi del quale "i *criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi*" costituiscono materia di confronto tra Amministrazione e Sindacato.

Fermo restando quanto sopra, l'accesso a tale modalità di esecuzione della prestazione potrà essere autorizzato, nei limiti del 15% dei dipendenti potenzialmente interessati, esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità, dettate dalla disciplina normativa e contrattuale di riferimento:

- invarianza dei servizi resi all'utenza;
- adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81 e dal CCNL Comparto Sanità, per quanto applicabile. L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai

fini della regolarità amministrativa e della prova e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda e Ente, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore che, di norma, vengono forniti dall'amministrazione. L'accordo deve inoltre contenere almeno i seguenti elementi essenziali:

1. durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
2. modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
3. modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
4. ipotesi di giustificato motivo di recesso;
5. definizione dell'articolazione oraria della prestazione e del diritto di disconnessione;
6. tempi di riposo del lavoratore (che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza) ed eventuali fasce orarie di contattabilità
7. misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
8. modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
9. impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione. Il dipendente che svolge la sua prestazione lavorativa in modalità agile, avrà cura di evitare l'utilizzo di postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche e operare nel rispetto dei criteri di garanzia della sicurezza delle informazioni. E' in ogni caso garantita l'applicazione da parte dell'Azienda della normativa in materia di infortunio sul lavoro.

All'accordo sono allegati l'informativa sulla salute e sicurezza dei lavoratori in lavoro agile e il vademecum per lavorare on line in sicurezza (Riservatezza e Privacy e Security). Oltre a tali contenuti minimi devono essere presenti gli obiettivi da raggiungere con le eventuali tempistiche e gli indicatori per la verifica.

Nell'organizzazione del Lavoro Agile un ruolo centrale è svolto dal direttore della struttura di afferenza del lavoratore che opera con le modalità dello smart working; spetta infatti al dirigente, nel rispetto dei criteri generali definiti dall'Azienda, definire, con riferimento all'U.O. di riferimento, i parametri di accesso, le modalità di esercizio e le tipologie di attività che potranno essere svolte da remoto, nonché i criteri utili alla valutazione. Dovrà inoltre prevedere la possibilità di una rotazione del personale per garantire un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività lavorativa in smart working e in presenza, con una particolare attenzione ai lavoratori fragili. Dovrà infine garantire la flessibilità rispetto alla fascia orario di reperibilità e al diritto di disconnessione del dipendente.

Il direttore della struttura avrà cura di effettuare il monitoraggio delle attività svolte in modalità “smart” e lo stato di avanzamento degli obiettivi prefissati nell'accordo individuale ; a tal fine potrà avvalersi del Portale delle presenze nella quale è presente una sezione dedicata alla registrazione da remoto delle giornate e orari svolti in modalità agile da parte del dipendente. Lo stesso direttore dovrà inoltre monitorare la regolare esecuzione dell'attività e lo stato di avanzamento degli obiettivi prefissati. Rimangono tuttavia fermi gli ordinari criteri di valutazione delle prestazioni secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Condizione indispensabile per attuare una politica di lavoro a distanza è, inoltre, la messa a disposizione da parte dell'Amministrazione, di tecnologie e strumenti idonei, oltretutto di step formativi dedicati al rinnovamento della cultura organizzativa basata sui risultati e sulla capacità di programmare, coordinare e monitorare le attività.

In particolare, in relazione al primo profilo, l'Azienda dovrà garantire gli strumenti adeguati per consentire l'esecuzione della prestazione mediante lavoro agile, provvedendo progressivamente alla consegna delle apparecchiature informatiche idonee in dotazione al personale e prevedendo tali interventi anche nella programmazione degli investimenti.

Nell'ambito del secondo profilo, la ASL di Oristano dovrà promuovere l'introduzione di iniziative formative ad hoc, obbligatorie per i lavoratori agili e i direttori di struttura.

In tale ottica assume rilievo fondamentale, nell'attuale contesto del SSR, conseguente alla riforma introdotta dalla L.R. 24/2020, la sinergica collaborazione con ARES, l'Azienda Regionale della salute alla quale la citata normativa attribuisce le seguenti funzioni in maniera centralizzata, a supporto delle altre Aziende ed Enti del Sistema Sanitario Regionale:

- art. 3, lett. g) supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
- art. 3, lett. j) gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi da-ti in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;

Soggetti coinvolti nel lavoro agile

Si riassumono di seguito gli attori coinvolti, ognuno per quanto di propria competenza e nell'ambito del proprio ruolo all'organizzazione, nella configurazione dell'organizzazione e del monitoraggio del lavoro agile nell'ambito della ASL n. 5 di Oristano.

Responsabili delle singole Strutture o Servizi

Il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura deve individuare le attività compatibili con la prestazione da remoto e valutare le skills del lavoratore; è inoltre il soggetto deputato all'individuazione, con il supporto dell'OIV e della Programmazione e Controllo, degli indicatori di misurazione del raggiungimento degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dello smart worker, ed al monitoraggio degli stessi.

S.C. Gestione Risorse Umane

La S.C. Gestione Risorse Umane, U.O. prevista nell'Atto Aziendale e di prossima implementazione, cura la regolamentazione aziendale in materia di lavoro agile e l'aggiornamento normativo, la predisposizione dello schema di accordo individuale per il lavoro agile, supporta la direzione aziendale nei rapporti in materia con le Organizzazioni Sindacali. Cura inoltre le comunicazioni telematiche previste in materia dalla normativa

vigente. In ragione della ripartizione di competenze tra le Aziende del SSR previste dalla L.R. 24/2020 e ss.mm.ii., sono rimessi alla competenza di ARES, gli eventuali adeguamenti del software aziendale di rilevazione delle presenze, ai fini del corretto inserimento dei giustificativi circa lo svolgimento della prestazione in smart work.

S.C. Programmazione e Controllo di Gestione

Il tema della misurazione e valutazione della performance assume un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile. Una riflessione particolare è richiesta in relazione alla performance individuale, non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi (sia in relazione all'attività svolta che ai comportamenti agiti), ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista.

In tale contesto, la S.C. Programmazione e Controllo di Gestione fornisce ai Responsabili del lavoratore agile supporto tecnico nell'individuazione di idonei indicatori e nella relativa misurazione.

Organismo indipendente di valutazione (OIV)

In quanto Organismo deputato al controllo dei processi di performance aziendale, l'OIV sarà coinvolto nel processo di selezione degli indicatori necessari al monitoraggio degli obiettivi di implementazione del lavoro agile, secondo gli obiettivi definiti in sede di programmazione;

Responsabile Protezione Dati (DPO)

Fornisce le linee guida per la compliance privacy delle attività effettuate in remoto, e supporta l'Amministrazione nelle iniziative di formazione e sensibilizzazione dei lavoratori inerenti sia sull'utilizzo, custodia e protezione degli strumenti impiegati per rendere la prestazione, sia sulle cautele comportamentali da adottare nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, compresa la gestione dei data breach.

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)

Alle prestazioni rese all'esterno dei locali aziendali si applicano gli obblighi di salute e sicurezza sul lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., ossia quelli relativi agli obblighi comportamentali, anche in merito alle dotazioni tecnologiche informatiche, laddove fornite dall'Azienda.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione fornisce con cadenza almeno annuale, l'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

Organizzazioni Sindacali

Come sopra descritto, le OO.SS. contribuiscono, in sede di confronto, a definire le attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso alle stesse.; Contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile.

Responsabile della Transizione al Digitale (RTD):

L'RTD ha un ruolo cruciale nella individuazione del modello tecnologico dell'Amministrazione di supporto al lavoro agile e nell'individuazione dei corrispondenti percorsi di sviluppo e evoluzione tendenti a rendere fruibile tale modalità lavorativa.

Come sopra evidenziato, la ASL 5 si coordina con le Strutture ARES competenti in materia di ICT e di Formazione del personale al fine rispettivamente:

- della cura e sviluppo del processo di digitalizzazione aziendale, della programmazione degli acquisti della strumentazione informatica da fornire al personale e dell'assistenza tecnica necessaria alla corretta esecuzione da remoto delle prestazioni lavorative, attraverso l'adozione di policy aziendali basate sul concetto di security by design, che prevedono l'implementazione di misure di sicurezza adeguate comprendenti, a titolo meramente esemplificativo, se del caso la crittografia, l'adozione di sistemi di autenticazione e VPN, la definizione di piani di backup e protezione malware
- della programmazione e attivazione delle attività formative necessarie alla corretta implementazione del lavoro agile.

Obiettivi perseguiti

Gli obiettivi che la ASL 5 intende perseguire con l'utilizzo del lavoro agile sono:

- la riduzione delle assenze dal servizio;
- il miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata dei dipendenti;
- un maggior benessere organizzativo nella compagine aziendale;
- la promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità personale permanente o temporanea;
- il rafforzamento della cultura della misurazione e della valutazione della performance, favorita dalla modalità di produzione "per obiettivi" tipica del lavoro agile.

Attività effettuabili in modalità agile

Fermo restando il confronto con le OO.SS. Ai fini dell'individuazione delle attività che possono essere svolte con le modalità del lavoro agile, nell'arco del triennio di riferimento (2023/2025) il percorso di sviluppo del lavoro agile si svilupperà in modo progressivo e graduale.

Ciò anche al fine di individuare, in relazione alle singole attività, possibili elementi di criticità allo svolgimento del lavoro agile e fattori che ne possono determinare il successo o il miglioramento delle prestazioni rese.

Allo stato attuale, alla luce dell'esperienza maturata negli anni passati e delle soluzioni organizzative e tecnologiche sperimentate, l'Azienda intende procedere preliminarmente con l'individuazione delle attività lavorative compatibili con il lavoro agile, predisponendo una apposita mappatura.

Rimangono in ogni caso escluse tutte le attività di front office, quelle implicanti ispezioni e sopralluoghi sul territorio e /o richiedenti la presenza fisica del dipendente nella sede Aziendale, le attività assistenziali, socio-assistenziali e di cura in genere, nonché quelle che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni e documentazione non "remotizzabili".

L'organizzazione del lavoro in modalità agile deve essere credibile, percorribile ed efficace, ed essere attuata mediante un approccio graduale e ponderato. L'indicazione operativa che guiderà il lavoro di mappatura delle attività sarà l'esigenza di non impattare negativamente sull'efficacia dei processi organizzativi aziendali, sulla base dei seguenti principi:

- sono in linea di massima compatibili con l'esecuzione in regime di lavoro agile le attività che possono essere attuate in autonomia, e che sono facilmente controllabili e misurabili, anche in ordine ai relativi risultati;
- anche nell'ambito delle attività compatibili, deve essere comunque garantita l'invarianza dei servizi resi all'utenza e la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza ed anzi le condizioni di svolgimento del lavoro agile devono addirittura consentire di migliorare la qualità dei servizi erogati,
- il lavoro agile non può in ogni caso comportare un aggravio di attività a carico del personale espletante la prestazione lavorativa in modalità "tradizionale", né la formazione di lavoro arretrato,

La compatibilità dell'attività discende dai seguenti parametri:

- livello di informatizzazione del processo lavorativo e decisionale;
- possibilità di pianificazione e di misurazione dei risultati, mediante indicatori atti a misurare la prestazione sia sotto il profilo quantitativo che sotto quello qualitativo. In mancanza di obiettivi misurabili, il lavoro agile non potrà essere autorizzato
- modalità di svolgimento delle attività che prevalentemente si sostanzino nei seguenti elementi:
 - bassa rilevanza del contatto con l'Utenza (ivi inclusa quella interna all'Azienda);
 - scarso livello di interdipendenza delle attività con quelle di altri colleghi/settori;
 - scarso livello di eterogeneità delle attività (es: mix tra sportello e back office);
 - elevata programmabilità delle attività

Le fasce risultanti da tale processo di mappatura sono:

1. attività totalmente realizzabili in modalità di lavoro agile;
2. attività prevalentemente realizzabili in modalità di lavoro agile;
3. attività residualmente realizzabili in modalità di lavoro agile;
4. attività che necessitano di essere svolte interamente in presenza.

Si procederà altresì a mappare le dotazioni informatiche, con lo scopo di evidenziare eventuali carenze o criticità e consentire una programmazione di acquisti mirati per il lavoro agile a regime, in considerazione del fatto che deve essere garantita la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore, in conformità alle disposizioni del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i..

Programma di sviluppo del lavoro agile

La ASL di Oristano prevede di portare a compimento nel prossimo triennio il seguente Programma di sviluppo del Lavoro Agile con una articolazione in tre fasi.

Fase di avvio (anno 2023) con i seguenti obiettivi da raggiungere:

- mappatura delle tipologie di lavoro che possono essere svolte in modalità agile (entro il 30/04/2023);
- mappatura dell'adeguata dotazione tecnologica dell'Azienda da fornire al dipendente (I semestre 2023)
- adozione del Regolamento per il Lavoro Agile, che sarà redatto tenuto conto del contributo delle organizzazioni sindacali, e definizione del format di accordo individuale per l'esecuzione del lavoro agile (I semestre 2023);
- raccolta dei fabbisogni formativi e avvio della fase formativa per i dirigenti e i dipendenti finalizzata al miglioramento delle competenze nell'utilizzo delle tecnologie digitali (II semestre 2023);

Fase di sviluppo intermedio (anno 2024) con i seguenti obiettivi da perseguire:

- formazione ai dirigenti e ai dipendenti finalizzata a diffondere e consolidare una cultura orientata al lavoro per obiettivi, per progetti e processi, con la capacità di misurarne i risultati (2024);
- formazione mirata a migliorare le capacità nella gestione e organizzazione del lavoro e delle risorse umane, e delle capacità di svolgere le attività lavorative in condizioni di maggiore autonomia e responsabilità da parte dei singoli. La formazione dovrà inoltre essere orientata a migliorare le competenze digitali (capacità di utilizzare le tecnologie (2024);
- perfezionamento delle dotazioni tecnologiche dell'Azienda da fornire al dipendente (2024)

Fase di sviluppo avanzato (anno 2025) nella quale ci si impegna a:

- consolidamento di una cultura manageriale orientata ai risultati. Saranno oggetto di studio e definiti gli indicatori maggiormente utili a misurare e valutare il potenziale contributo del Lavoro Agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi;
- valutazione dell'impatto del Lavoro Agile sulla performance organizzativa;

C. Il Piano triennale dei Fabbisogni di personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale costituisce l'atto di programmazione che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad adottare a norma degli artt. 6 e 6 ter del D. lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. e costituisce il documento propedeutico all'ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche e della *performance* secondo i principi-obiettivi dell'economicità, efficienza e qualità dei servizi, inserendosi nei documenti di programmazione previsti dalla normativa vigente, di cui è necessario completamento. La

proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni 2023-2025 è parte integrante della delibera di approvazione del Bilancio Preventivo per l'anno 2023-25 (Deliberazione n. 491 del 21/12/2022).

La programmazione del fabbisogno di personale è determinata sulla base di una complessiva analisi dei compiti istituzionali dell'Azienda, in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente, professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, compatibilmente con gli obiettivi previsti dalla normativa vigente e sulla base del Piano della Performance, nel rispetto della compatibilità economico-finanziaria e dell'obiettivo economico assegnato dalla Regione.

Nell'attuale contesto, la definizione dei fabbisogni ed il correlato reclutamento del personale risultano fortemente condizionati da due rilevanti fattori: la carenza di professionisti sanitari sia dell'area della dirigenza che dell'area del comparto e gli effetti, ancora presenti nonostante la dichiarazione di cessazione dello stato emergenziale, della diffusione del virus pandemico Covid19.

Nel corso dell'anno 2022, la carenza di alcune tipologie di specialisti medici (in particolare delle discipline di anestesia e rianimazione, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, ortopedia, medicina interna, solo per citare i principali) e di personale infermieristico, ha fatto sì che non sia stato possibile assumere nella misura prevista e in modo da soddisfare l'intero fabbisogno nonostante le diverse procedure espletate.

La cronica e ormai "strutturale" carenza di professionisti medici nell'ambito delle ASL ha comportato il ricorso a strumenti di natura eccezionale per il reclutamento del personale necessario, individuati dalla legislazione di emergenza in materia di potenziamento del SSR e successivamente prorogati, quali l'utilizzo di procedure di urgenza per il conferimento di incarichi a tempo determinato, libero professionali o di collaborazione anche coordinata e continuativa a personale medico e infermieristico, nonché a medici iscritti ai corsi di formazione specialistica dell'ultimo e penultimo anno di corso, anche in deroga alla disciplina vigente, come già previsto dalla stessa legislazione di emergenza, oltre ai tentativi di reclutamento attraverso le ordinarie procedure. Ha, altresì, comportato la necessità di ricorrere ad istituti quali lo straordinario e le prestazioni aggiuntive che in una condizione "fisiologica" dovrebbero essere connotati dal carattere della eccezionalità.

L'elaborazione del PTFP 2023/2025 è stata definita a partire dall'analisi di contesto delle diverse unità operative e delle relative criticità, effettuata con il concorso dei dirigenti responsabili delle stesse e della dirigenza delle professioni sanitarie e finalizzata ad una prioritaria e necessaria verifica circa l'attuabilità di strategie interne di soddisfacimento del fabbisogno, quali la riallocazione di risorse presso le differenti unità operative, la verifica di possibili cambi di profilo, nel rispetto di quanto previsto dal CCNL del Comparto Sanità, la programmazione, secondo il percorso previsto dal citato CCNL, delle procedure di progressione verticale.

Le principali linee strategiche di reclutamento dall'esterno del personale - da attuarsi nel rispetto della compatibilità economico-finanziaria e alla luce delle indicazioni programmatiche declinate nel Piano della Performance - possono essere ricondotte a:

- copertura del turn over, finalizzata ad assumere un numero di unità coerenti con le cessazioni verificatesi;
- superamento delle carenze di alcune tipologie di specialisti medici e di personale infermieristico;
- implementazione degli assetti organizzativi della ASL n. 5 (istituita a far data dal 1/01/2022 a seguito della riforma del SSR e dello scorporo della cessata ATS) così come delineati, *in primis*,

dall'Atto aziendale di recente adozione, nell'ambito del quale l'Azienda ha inteso privilegiare, come emerge dall'Atto Aziendale, assetti organizzativi improntati alla multidisciplinarietà e all'integrazione dei processi assistenziali, che consentano, attraverso l'ottimizzazione dei processi di presa in carico e gestione globale del paziente, di razionalizzare le risorse e di limitare i livelli di inappropriata nell'erogazione delle prestazioni;

- valorizzazione e qualificazione del personale del Sistema Sanitario Regionale, nei diversi ruoli e nei vari setting operativi (assistenziali, clinici, amministrativi, gestionali e di supporto);
- superamento del precariato e valorizzazione delle professionalità acquisite dal personale con rapporto di lavoro flessibile attraverso il ricorso alle procedure di stabilizzazione disciplinate dalla normativa vigente - D.Lgs. 75/2017 e s.m.i., D.L. n. 34/2020, come convertito nella l. 77/2020 e s.m.i., dalla L. n. 234/2021, L.R. RAS n. 17/2021 - mediante la trasformazione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni lavorative stabili ed istituzionali ricoperte con contratti di lavoro a tempo determinato;
- progressiva riduzione di tipologie di lavoro atipico - in particolare il lavoro interinale – di cui l'Azienda si è avvalsa negli anni appena trascorsi quale strumento immediato e tempestivo per rispondere alle esigenze assistenziali derivanti dall'emergenza Covid19 ed in particolare per sostenere l'avvio e l'implementazione della campagna vaccinale, in correlazione alle difficoltà di arruolamento con gli ordinari strumenti di reclutamento;
- progressiva riduzione del ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive.

La programmazione delle procedure di reclutamento "dall'esterno" è condizionata da un elemento peculiare dell'attuale contesto giuridico-normativo del nostro SSR, ossia la competenza che la legge regionale di riforma n. 24/2020, assegna all'Azienda Regionale della Salute - ARES, in materia.

Infatti, ai sensi dell'art. 3, comma 3, lett. b) della citata normativa, l'ARES è deputata alla gestione centralizzata, per le altre Aziende del SSR, delle procedure di selezione e concorso del personale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende, ferma restando la possibilità di delegare alle aziende sanitarie, sole o aggregate, le procedure concorsuali per l'assunzione di personale dotato di elevata specificità.

In ragione di quanto sopra, sono stati avviati, nell'ambito del Tavolo di Coordinamento dei Direttori Generali delle Aziende del SSR, dei tavoli di confronto finalizzati alla corretta implementazione dei processi sinergici di collaborazione tra le ASL/AO e ARES che consenta, sulla base dei fabbisogni elaborati dalle Aziende, la virtuosa e razionale programmazione delle strategie assunzionali cui ARES dovrà dar corso, sia in termini di priorità temporale, che in termini di scelta della procedura da seguire (mobilità, concorso pubblico, processo di stabilizzazione etc.....).

La programmazione strategica indispensabile alla luce di quanto emerso nel corso dell'anno appena trascorso in ordine agli esiti di alcune procedure concorsuali che, lungi dal determinare incrementi delle risorse disponibili, hanno comportato dei depauperamenti degli organici, dovuti a spostamenti massivi di risorse mediche presenti nelle graduatorie dalle Aziende di minori dimensioni, che più soffrono di carenze di personale, verso Aziende maggiormente strutturate.

Nell'allegato 7 è rappresentato il Piano del Fabbisogno del Personale per triennio 2023-2025.

Formazione del personale

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

In coerenza con la disposizione sopra richiamata, Nel corso del 2022 ARES Sardegna ha proceduto alla raccolta dei fabbisogni formativi delle diverse ASL e, quindi, all'adozione, con Deliberazione del proprio Direttore Generale n. 296 del 23/12/2022, all'approvazione del Piano Annuale della Formazione del Provider ARES 2023 (link: <https://www.aressardegna.it/ap/deliberazione-del-direttore-generale-n-296-del-23-12-2022/>), nell'ambito del quale è stato definito il Piano formativo della ASL 5 di Oristano, come rappresentato nell'allegato 8.

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

Obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere

Nell'attuale contesto in cui opera l'Azienda, si ritiene che possano essere previsti nel biennio 2023-24 i seguenti obiettivi:

- istituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG);
- adozione del Piano Triennale delle azioni positive.

Sezione IV – Monitoraggio

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avverrà secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e trasparenza secondo le indicazioni di ANAC. Per quanto riguarda la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Monitoraggio del valore pubblico e performance

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato da questa azienda copre sia l'area dei comportamenti che quella dei risultati e riguarda sia la performance organizzativa delle strutture che la performance individuale di tutti i dirigenti e di tutto il personale non dirigenziale. Il processo di budgeting è pertanto uno degli elementi a cui è ancorata la valutazione.

Per quanto attiene alla misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi individuati, la verifica e la misurazione definitiva è preceduta da verifiche intermedie e da almeno un incontro intermedio tra Direttori delle Strutture e Direzione Generale, al fine di poter evidenziare eventuali criticità rispetto alla realizzazione dell'obiettivo e porre in essere eventuali azioni correttive.

La rendicontazione degli obiettivi avviene utilizzando i dati fruibili dalle fonti ufficiali dell'azienda o acquisendo la documentazione e/o le relazioni dalle strutture, in modo tale da rendere la dimostrazione del raggiungimento del target richiesto dall'obiettivo e la sua misurazione il più possibile oggettiva. Si rileva tuttavia un non sempre coerente e non completo sviluppo dei sistemi informativi a supporto dell'intero processo che limita l'attività di individuazione di obiettivi e indicatori e non sempre è possibile la misurazione tempestiva degli stessi.

La misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici declinati in questo piano saranno rendicontati nella Relazione sulla Performance entro il mese di giugno dell'anno successivo rispetto all'anno oggetto di monitoraggio.

Monitoraggio dei rischi corruttivi

Il monitoraggio della sezione "Anticorruzione e Trasparenze", avviene secondo le indicazioni di ANAC, al fine di intervenire con gli eventuali correttivi che si dovessero rendere necessari per l'ambito sopra riportato. Più specificatamente il monitoraggio delle azioni descritte nella sezione rischi corruttivi e trasparenza, è effettuato dal soggetto responsabile: RPCT, SC Giuridico Amministrativo che metterà in atto le azioni necessarie relative alla verifica dell'attuazione delle misure generali e specifiche predisposte dall'Azienda e all'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel presente Piano. Per ulteriori dettagli si rimanda alla sottosezione II.C

Il monitoraggio è stato programmato tenendo conto delle risultanze delle singole relazioni semestrali/annuali e dalle criticità emerse dalla Relazione annuale.

Attualmente non vi è la possibilità di avvalersi di strumenti e procedure digitalizzate, idonei a facilitare l'attività di monitoraggio.

Mentre invece sono stati attivati gli strumenti di ascolto per valutare le rilevazioni di soddisfazione degli *stakeholder* e della società civile, a cura del Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Nello specifico, sono stati pubblicati nel sito web, sezione Amministrazione Trasparente: avviso, invito a cittadini, utenti, dipendenti, associazioni o altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi e diffusi a presentare proposte, suggerimenti, osservazioni sull'aggiornamento della sezione "Anticorruzione e Trasparenze", anche tramite un modulo proposte, all'uopo predisposto.