

**PIANO INTEGRATO DI
ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
(PIAO)
2023/2025
ASL GALLURA**

INDICE

| | |
|--|-----------|
| PREMESSA | 3 |
| SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE N°2 DELLA GALLURA | 6 |
| 1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA | 6 |
| 1.1.1 <i>Analisi di contesto esterno e interno</i> | 7 |
| 1.2 IL MANDATO ISTITUZIONALE, LA MISSIONE E LA VISIONE DELL'AZIENDA ... | 12 |
| 1.3 LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA NELL'AZIENDA SANITARIA | 12 |
| SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 16 |
| 2.1 VALORE PUBBLICO | 16 |
| 2.1.1 <i>Strategia di creazione di Valore Pubblico</i> | 16 |
| 2.1.2 <i>Indicatori di impatto di Valore Pubblico</i> | 19 |
| 2.1.3 <i>Le procedure da reingegnerizzare</i> | 23 |
| 2.2 LA PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA | 23 |
| 2.2.1 <i>Dimensioni di performance</i> | 24 |
| 2.2.2 <i>Obiettivi strategici</i> | 26 |
| 2.2.3 <i>Misurazione degli obiettivi strategici</i> | 27 |
| 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA | 29 |
| 2.3.1 <i>Valutazione di impatto del contesto esterno</i> | 30 |
| 2.3.2 <i>Valutazione di impatto del contesto interno</i> | 30 |
| 2.3.3 <i>Mappatura dei processi</i> | 30 |
| 2.3.5 <i>Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio</i> ... | 31 |
| SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | 35 |
| 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA | 35 |
| 3.1.1 <i>Organigramma</i> | 36 |
| 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE | 39 |
| 3.2.1 <i>Modalità attuative e di sviluppo del lavoro agile</i> | 42 |
| 3.2.2 <i>Gli impatti interni ed esterni del lavoro agile</i> | 42 |
| 3.2.3 <i>Obiettivi e indicatori del lavoro agile</i> | 45 |
| 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE | 46 |
| 3.3.1 <i>Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente</i> | 47 |
| 3.3.2 <i>Programmazione strategica delle risorse umane</i> | 48 |
| 3.3.3 <i>Strategia di copertura del fabbisogno</i> | 49 |
| 3.3.4 <i>Formazione del personale</i> | 50 |
| 3.4 PARI OPPORTUNITÀ E PIANO DELLE AZIONI POSITIVE | 52 |
| 3.4.1 <i>Piano delle azioni positive</i> | 53 |
| 3.4.2 <i>Azioni e obiettivi</i> | 55 |
| SEZIONE 4 MONITORAGGIO | 55 |
| ALLEGATI | 56 |

Premessa

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O) è un documento di programmazione previsto dall'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 al fine di assicurare e garantire la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. L'art. 6 prevede che *"le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190."*

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) **gli obiettivi programmatici e strategici della performance** secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) **la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo**, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al **piano triennale dei fabbisogni di personale**, di cui all'art. 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) **gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività** e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) **l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare** ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure

effettuata attraverso strumenti automatizzati. Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. Si tratta a livello strategico di una sorta di "mappatura del cambiamento" che consentirà di realizzare un monitoraggio costante e accurato del percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR. Il PIAO è lo strumento tramite cui programmare in modo integrato le performance attese e le misure di gestione dei rischi corruttivi, a partire dalla cura della salute organizzativa e professionale dell'ente, in modo funzionale alle strategie di creazione e protezione del Valore Pubblico. L'occasione di semplificazione, di miglioramento della programmazione e di ottimizzazione dei servizi al fine di accrescere il benessere dei cittadini è di portata storica: perciò, il PIAO non va inteso quale mera somma dei piani da assorbire (c.d. Piano dei Piani), bensì come Piano Integrato tra le varie prospettive programmatiche verso l'orizzonte Unico (PIU+) della generazione di + Valore Pubblico. Nella Tabella seguente si riportano i contenuti del PIAO e la loro articolazione espositiva (struttura), secondo un'interpretazione sostanziale delle indicazioni metodologiche contenute nelle Linee Guida allegate al DM sul PIAO.¹

| SEZIONE 1) SCHEDA ANAGRAFICA | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------------------------|
| PROGRAMMAZIONE | SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | | | | |
| | Sottosezione + VALORE PUBBLICO | | | | |
| | <i>miglioramento del livello complessivo di benessere dei cittadini, delle imprese e degli stakeholders nelle varie prospettive [economica, sociale (occupazionale, giovanile, ecc.), ambientale, sanitaria, ecc.] da generare programmando strategie misurabili in termini di impatti, anche tramite indicatori BE&S e/o SDGs</i> | | | | |
| | PARTE GENERALE | Sottosezione +PERFORMANCE | | Sottosezione -RISCHI (ANTICORRUZIONE e TRASPARENZA) | |
| | | Contenuti generali del Piano delle Performance | | Contenuti generali del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | |
| | PARTE FUNZIONALE | <i>obiettivi operativi (specifici e trasversali) e indicatori di performance organizzativa (efficienza e efficacia), funzionali alle strategie di creazione di Valore Pubblico</i> | | <i>misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza e indicatori di rischio e di trasparenza, funzionali agli obiettivi operativi e alle strategie di protezione del Valore Pubblico</i> | |
| | SEZIONE 3) +SALUTE (ORGANIZZAZIONE e CAPITALE UMANO) | | | | |
| | PARTE GENERALE | Salute Organizzativa (ORGANIZZAZIONE) | | Salute Professionale (CAPITALE UMANO) | |
| | | Sottosezione | Sottosezione | Sottosezione | Sottosezione |
| | | Struttura organizzativa | Lavoro agile | Piano Triennale dei fabbisogni di personale | Formazione del personale |
| Organigramma Livelli organizzativi Ampiezza organizzativa | | Contenuti generali del POLA | Contenuti generali del Piano Triennale di Fabbisogno del Personale | Contenuti generali del Piano della Formazione | |
| PARTE FUNZIONALE | <i>*azioni di sviluppo organizzativo</i> | <i>*condizioni abilitanti del lavoro agile *azioni organizzative agili e indicatori di performance</i> | <i>*azioni professionali per soddisfare il fabbisogno di personale</i> | <i>*azioni formative per soddisfare il fabbisogno di competenze</i> | |
| | <i>funzionali al raggiungimento delle performance e al contenimento dei rischi e, quindi, alla creazione e protezione del Valore Pubblico</i> | | | | |
| SEZIONE 4) MONITORAGGIO | | | | | |

Tab.1.Struttura PIAO

¹ Struttura e contenuti del PIAO (fonte: Deidda Gagliardo, 2021)

La "logica programmatica" di predisposizione del PIAO può essere sintetizzata con la seguente formula:



L'iter di predisposizione del PIAO dell'ASL GALLURA si propone di seguire la sequenza rappresentata dalla fig.1 a partire dalla definizione del Valore Pubblico atteso.



Fig.1 Iter di predisposizione del PIAO

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) della ASL GALLURA offre un'occasione per sollevare lo sguardo rispetto ai singoli adempimenti richiesti all'azienda e ricostruire una visione complessiva delle scelte di programmazione e di gestione: in questo modo, l'ASL GALLURA intende favorire una continuità logica e operativa tra la traiettoria della pianificazione strategica, la programmazione economico-finanziaria, gli interventi di traduzione della strategia a livello gestionale e operativo e le scelte sulla cosiddetta people strategy.

In altre parole, tende ad abbattere – laddove presenti – i silos organizzativi e darsi uno strumento concreto per accordare tutte le componenti della programmazione;

Il PIAO della ASL GALLURA è diviso in 4 sezioni:

- 1. Scheda anagrafica dell'amministrazione;**
- 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione;**
- 3. Organizzazione e capitale umano;**
- 4. Monitoraggio.**

SEZIONE 1 Scheda anagrafica dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale n°2 della Gallura

Con la legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 recante "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" si è dato avvio alla riforma finalizzata a modificare l'organizzazione del Servizio sanitario regionale per renderlo maggiormente aderente ai bisogni della popolazione, superando la precedente organizzazione incentrata su un'unica azienda territoriale.

L'attuale assetto organizzativo dell'ASL GALLURA attraversa una fase di riorganizzazione conseguente alla riforma di cui alla legge regionale n. 24 del 11.9.2020, la quale ha soppresso l'ATS Sardegna e costituito, con decorrenza 1.1.2022, otto nuove ASL territoriali e l'Ares Sardegna, azienda deputata all'erogazione di servizi tecnici e amministrativi in forma accentrata per tutte le aziende del SSR. L' ASL GALLURA, dal 01.01.2022 opera attraverso le strutture e il personale ereditato dalla ex ATS Sardegna in liquidazione, in quanto allo stato attuale è in fase di approvazione l'atto aziendale.

1.1 Scheda anagrafica dell'Azienda

Con la delibera RAS n.46/24 del 25 novembre 2021, ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 della legge regionale dell'11 settembre 2020 n.24, a far data dal 1 gennaio 2022 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n. 2 della Gallura.

L' Azienda socio-sanitaria locale della Gallura assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera; ha personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione; l'organizzazione e il funzionamento è disciplinato dall'atto aziendale, di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e successive modifiche ed integrazioni.

La sede legale dell'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura è in via Bazzoni Sicana n.2.

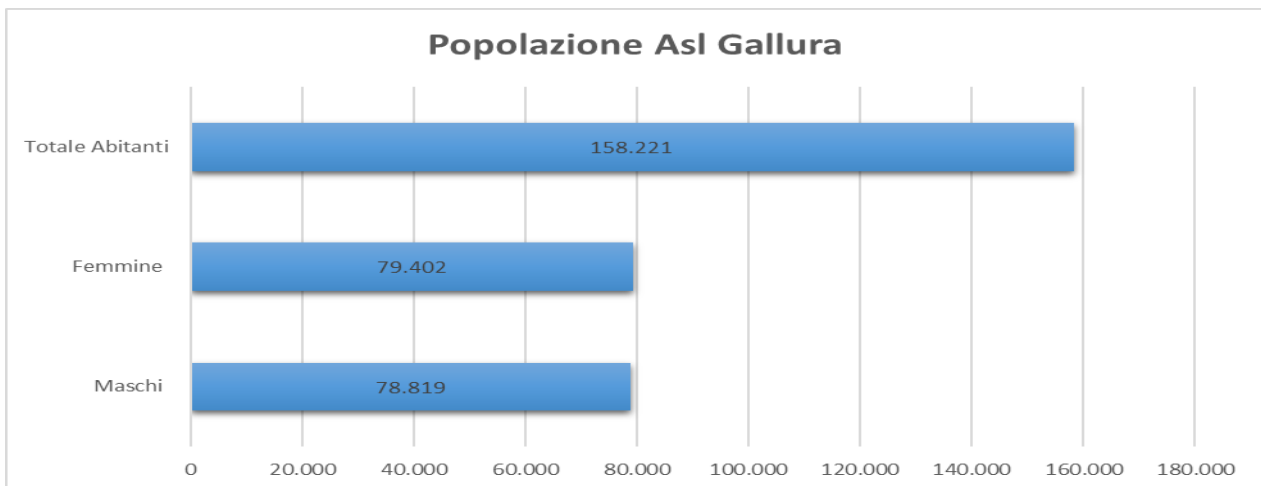
Il sito ufficiale è <https://www.aslgallura.it/> .

Il logo ufficiale è:



1.1.1 Analisi di contesto esterno e interno

La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al **01.01.2023** ammonta a 158.221 residenti. La caratteristica dell'area geografica del Nord-Est Sardegna è stata quella di un costante incremento della propria popolazione residente; elemento che l'ha differenziata dalle tendenze in atto nel resto del territorio regionale. Nel periodo 2001-2019, la popolazione residente nel Nord-Est, ha avuto il più alto tasso di incremento (+16,9%) rapportato alle altre province della Sardegna. Fra il 1971 ed il 2018, l'incidenza della popolazione in Gallura, sul totale Sardegna, passa dal 26% al 33%; infatti, negli ultimi 50 anni la popolazione è cresciuta mediamente di circa il 57% con valori percentuali importanti nei Comuni costieri a discapito di un significativo decremento nei Comuni interni. Quanto accaduto può aiutare a ritenere che la crescita della popolazione sia stata alimentata da altre Regioni d'Italia e da altre aree dell'Isola concorrendo a determinare un contesto territoriale in cui la popolazione ha stabilito la propria residenza nei Comuni costieri.

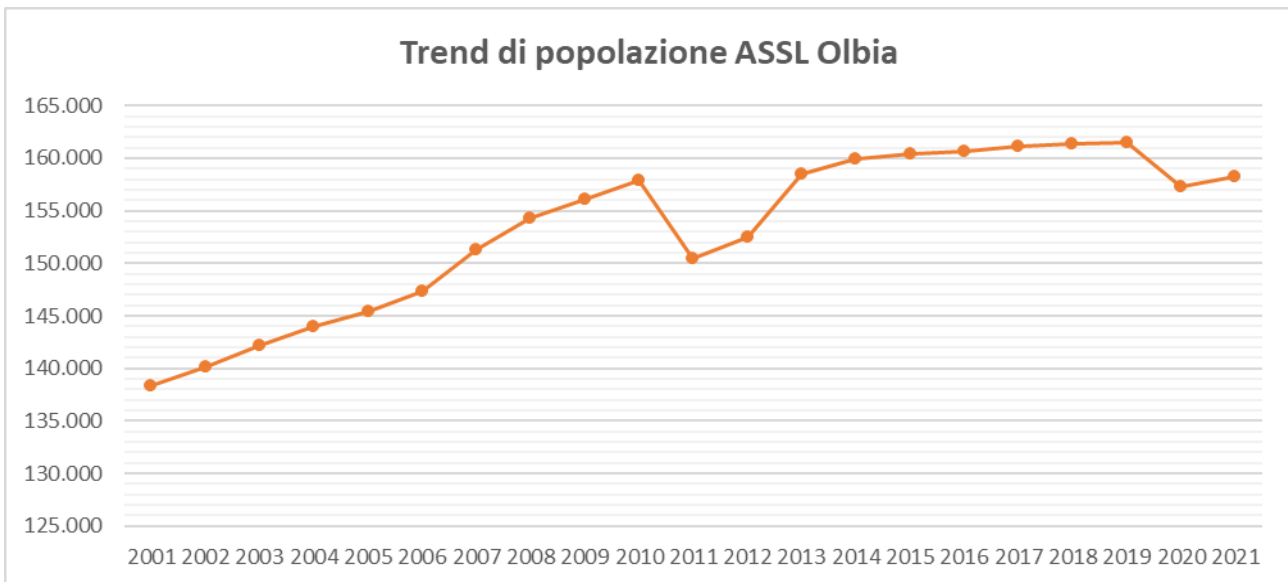


Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022) aggiornato Gen.2023

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia (60.711 abitanti) Tempio Pausania (13.329 abitanti), Arzachena (13.328 abitanti) e La Maddalena (10.687 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale.

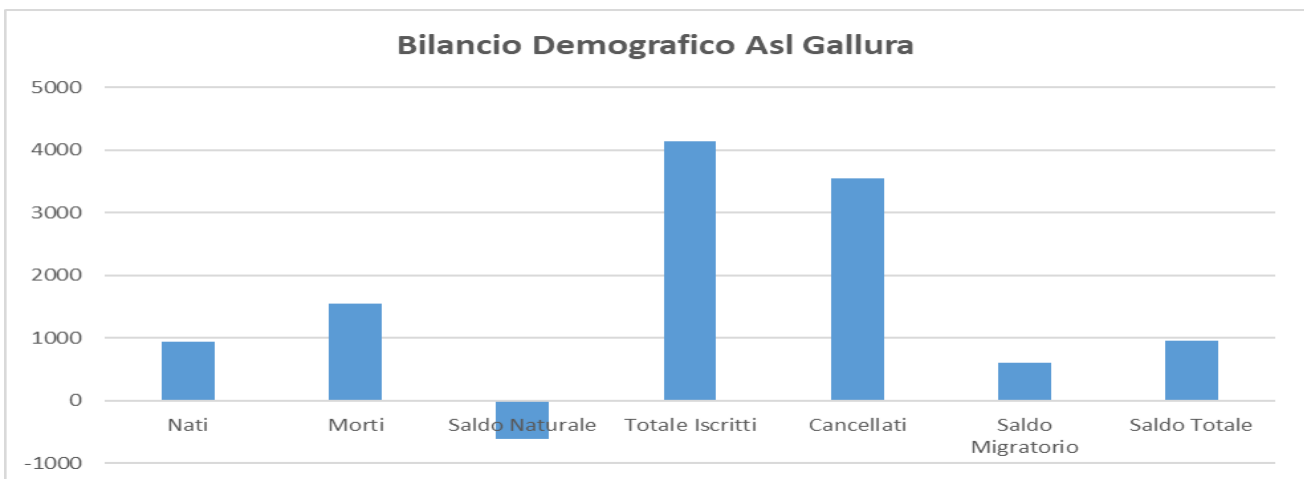
La maggioranza dei comuni che compongono il territorio di competenza della ASL Gallura sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa.

Nonostante la densità demografica molto bassa (47 ab/km²) ed una estensione di 3.397 kmq, una popolazione ancora non particolarmente "invecchiata" (specie nel contesto sardo) si traduce in saldi tendenzialmente positivi. La positività del tasso di crescita totale, in questi ultimi anni, è stato determinato da un positivo saldo migratorio totale.



Fonte dati: Geo Demo ISTAT (01.01.2022) aggiornato Gen.2023

Analizzando i dati l’Azienda Sanitaria della Gallura registra in valore assoluto per il periodo 2001-2021, un incremento della popolazione di circa 19.838 abitanti. La città di Olbia cresce in maniera costante superando i 60mila abitanti, numero che non tiene conto delle migliaia di persone che vivono in città ma non risultano residenti. Vero punto di forza della Gallura è sempre stato il suo essere un punto focale per i lavoratori e per chi cerca un impiego, vista l’alta densità di aziende e attività.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022) aggiornato Gen.2023

In Gallura è accaduto che stimoli, investimenti e risorse economiche abbiano introdotto elementi di dinamicità che ne stanno caratterizzando, nella storia recente, l’importante crescita economica e sociale. Lo sviluppo del settore del turismo ha sicuramente svolto un ruolo ed una funzione trainante su una molteplicità di attività non tutte ad esso strettamente connesse, ma capaci di interconnettersi e di creare nuove ulteriori occasioni di crescita.

La localizzazione delle attività è avvenuta soprattutto nei Comuni costieri. Le imprese nei territori interni diminuiscono ma, in alcuni settori, hanno mostrato capacità di tenuta e di competitività. Sempre più rilevante, l’incidenza delle imprese del settore terziario e il lento, graduale, impoverimento dei settori delle attività primarie e secondarie. Il settore agricolo, particolarmente

nelle aree interne, dà segnali di positività misurandosi con diverse aspettative e proposte produttive, come per esempio l'affermazione della vitivinicoltura e l'avvio di interessanti esperienze enoturistiche che rappresentano una materializzazione dei nuovi orientamenti produttivi nel mondo rurale. Riveste una particolare importanza economica e sociale per le aree interne il distretto del granito, cresciuto nel numero di attività, fatturato ed esportazione fino ad assumere le caratteristiche proprie di distretto industriale. Analoga attenzione merita il distretto del sughero che annovera circa 150 aziende artigianali del settore.

Il contesto in cui opera l'azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi. Lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche, rende necessario l'introduzione di politiche di governo clinico, ossia di un sistema incentrato sull'integrazione di numerosi fattori tra loro complementari, tra i quali la formazione continua, la gestione del rischio clinico, i percorsi assistenziali, la gestione del personale e l'accountability verso il cittadino.

A quanto premesso, si aggiunge la complessità dei processi di riorganizzazione assistenziali che l'azienda dovrà affrontare nel prossimo futuro che darà origine ad un profondo ripensamento nella organizzazione e gestione dei servizi con importanti cambiamenti sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, con una prospettiva che va verso la deospedalizzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Comunità e l'aumento del servizio di filtro territoriale per le patologie croniche, con l'auspicio che l'intero servizio Socio- Sanitario del territorio si orienti verso una assistenza proattiva, ossia si attivi quella che viene definita medicina di iniziativa, sia nella fase di prevenzione che nell'assistenza primaria ed integrata.

Le linee strategiche regionali evidenziano l'esigenza di definire un processo di riorientamento del SSR con l'obiettivo di garantire:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- l'integrazione ospedale-territorio e il potenziamento di forme alternative al ricovero;
- il potenziamento delle cure domiciliari integrate;
- la riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze;
- la riqualificazione dell'assistenza specialistica con l'obiettivo prioritario di ridurre le liste d'attesa.

In un contesto così delineato, frutto delle indicazioni regionali, l'analisi di contesto interno ed esterno genera azioni combinate tra di loro finalizzate alla riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria, con razionalizzazione di risorse e conseguenti nuove tipologie

assistenziali. Con la finalità di analizzare il contesto interno ed esterno si ritiene utile elaborare un'analisi SWOT quale strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza e di debolezza con riferimento al contesto interno e le opportunità e le minacce con riferimento al contesto esterno.

Analisi di contesto esterno: opportunità e minacce

Opportunità

Le opportunità sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando le risorse in modo flessibile a tal punto da ottimizzare le performance della strategia. Pertanto le azioni strategiche aziendali si concentreranno sull'attivazione di processi di sistema che consentiranno il rafforzamento delle logiche di appropriatezza e governo clinico.

Minacce

Le minacce sono quegli eventi futuri che potrebbero avere un impatto negativo sui risultati della strategia, fino a comprometterne l'esito. Uno dei punti critici nello sviluppo e innovazione di un sistema organizzativo gestionale e di un sistema di qualità coerente con i bisogni dell'utente è l'esplicitazione delle esigenze e delle aspettative cui l'azienda deve far fronte. A questo proposito risulta molto utile l'introduzione del concetto di stakeholder, di "soggetto portatore di interessi", cioè di tutte quelle entità che sono interessate al buon funzionamento di un'organizzazione. Questo modo di procedere allarga notevolmente i vantaggi degli aspetti da considerare ma è sicuramente più completo. Un opportuno livello di specificazione è quello che distingue le attività in macroprocessi "tipici" e altri che possiamo definire di "supporto", i primi sono quelli specifici di una azienda sanitaria (curare i malati in ospedale, realizzare interventi di prevenzione, fornire i farmaci per le cure domiciliari ecc) mentre gli altri sono comuni a tutte le organizzazioni (gestire il personale, acquistare i materiali, organizzare la logistica, ecc). Un compito importante è perciò quello di chiarire come si interfacciano tra di loro questi macroprocessi, dentro e fuori l'azienda, nella consapevolezza che i percorsi assistenziali utili ai pazienti risultano dalla loro concatenazione e attraversano le diverse strutture e unità operative, lungo una sorta di rete di processi in grado di garantire a ciascuno la catena assistenziale il più personalizzata possibile, composta da attività cliniche e organizzative.

Un altro punto critico è quello di presidiare tutti i processi aziendali (e non solo quelli assistenziali) con opportune azioni di pianificazione e di controllo anche se risulta difficile poiché questo richiede un incontro tra due mondi, quello dei clinici e quello del management, portatori di competenze diverse ma assolutamente complementari tra di loro.

Analisi del contesto interno: punti di forza e di debolezza

L'analisi del contesto interno evidenzia che gli elementi caratterizzanti e ritenuti fondamentali nel perseguimento degli obiettivi strategici sono costituiti dalle seguenti macro strutture aziendali:

| DIPARTIMENTI AZIENDALI |
|---|
| Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio - DDHT; |
| Dipartimento patologia acuta di Media intensità - DMI; |
| Dipartimento per Donne e Minori - DDM; |
| Dipartimento di Bassa Intensità Assistenziale e cronicità - DBIA; |

DIPARTIMENTI AZIENDALI

| |
|---|
| Dipartimento di Emergenza Clinica - DE; |
| Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze - DSMD; |
| Dipartimento One Health della Prevenzione |
| Dipartimento tecnico amministrativo |

I Punti di forza sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo e le aree di eccellenza dell'azienda, per contro, i Punti di Debolezza, sono quelli elementi che ostacolano lo sviluppo e che necessariamente bisogna cercare di superare al fine di garantire il massimo miglioramento per non compromettere le scelte strategiche.

| SWOT ANALYSIS | |
|--|--|
| | |
| PUNTI DI FORZA | PUNTI DI DEBOLEZZA |
| <p>CONTESTO INTERNO</p> <p>Presenza di professionalità di elevata competenza e alte tecnologie;</p> <p>Efficientamento della rete territoriale attraverso lo sviluppo di un modello di assistenza territoriale in linea con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal DM 77/2022;</p> <p>Avvio del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale attraverso la rimodulazione della rete ospedaliera e completamento della rete di ricovero con la lungodegenza e la riabilitazione;</p> <p>Sviluppo e potenziamento dell'Assistenza Domiciliare quale servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza;</p> <p>Aumento dell'appropriatezza e miglioramento degli indicatori di performance dell'attività ospedaliera e territoriale;</p> <p>Consolidamento dell'attività di reporting per il monitoraggio dei dati di attività e dei costi;</p> <p>Consolidamento del processo di razionalizzazione e contenimento della spesa con specifico riferimento al costo del personale e al consumo dei beni e servizi sanitari e non sanitari.</p> <p>Integrazione Ospedale-Territorio</p> <p>Diffusione della cultura legata alla qualità e governo clinico (PDTA, procedure, protocolli ecc.)</p> | <p>Riorganizzazione del SSR;</p> <p>Fase di assestamento organizzativo in relazione con i processi di riorganizzazione del servizio sanitario regionale;</p> <p>Le prestazioni inappropriate in ricovero ospedaliera e setting assistenziale inadeguato per alcune tipologie di ricovero;</p> <p>La carente offerta di posti letto di lungodegenza e riabilitazione;</p> <p>La mobilità passiva;</p> <p>Lo storico sotto-finanziamento per quota capitaria;</p> <p>Il fattore comunicazione e condivisione degli impegni all'interno delle strutture aziendali;</p> <p>Resistenze degli operatori aziendali nel rispondere attivamente alle richieste di cambiamento organizzativo e culturale;</p> <p>Criticità derivanti dalla carenza di profili professionali specifici soprattutto personale sanitario (ripercussioni negative nelle aree del benessere organizzativo - operatori- e dei tempi di attesa e qualità della prestazione -utenti).</p> |
| OPPORTUNITA' | MINACCE |
| <p>CONTESTO ESTERNO</p> <p>Presenza di linee di indirizzo, fondi vincolati (PNRR);</p> <p>Evoluzione della tecnologia a supporto della diagnosi e della cura;</p> <p>Programmi ministeriali e regionali per lo sviluppo dei processi di governance, dei sistemi operativi organizzativo-gestionali e per il monitoraggio e il controllo dell'efficienza dei servizi (Joint Commission, accreditamento);</p> <p>Cultura della partnership e azioni di collaborazione per interventi in rete su problematiche la cui gestione richiede una forte integrazione socio-sanitaria;</p> <p>Sviluppo della rete e dei percorsi assistenziali coerentemente con i bisogni del cittadino/utente;</p> <p>Fondi e opportunità finanziarie finalizzati all'attuazione di progetti specifici per target particolari</p> <p>Collaborazione con gli Enti Locali per superare disagi derivanti dalla conformazione orografica del territorio</p> <p>Innovazione del sistema organizzativo gestionale;</p> | <p>Caratteristiche geografiche del territorio;</p> <p>Invecchiamento della popolazione - aumento delle patologie croniche;</p> <p>Pressioni degli stakeholder relativamente all'offerta di prestazioni e servizi;</p> <p>Vincoli nazionali e regionali sulle risorse destinate alle aziende sanitarie;</p> <p>Quadro normativo complesso e dinamico (ciclo performance, privacy, trasparenza, anticorruzione, etc) e molteplicità di adempimenti burocratici con tempistica stringente, spesso in assenza dei necessari adeguamenti/cambiamenti sul piano organizzativo e culturale;</p> <p>La mancanza di strutture di lungodegenza e di riabilitazione comporta spesso la necessità per l'azienda di dover soddisfare il bisogno di salute dei cittadini con setting assistenziali non appropriati;</p> <p>L'afflusso al pronto soccorso di un elevato numero di pazienti soprattutto nel periodo estivo i quali potrebbero soddisfare appropriatamente la loro domanda di salute in strutture ambulatoriali territoriali;</p> |

1.2 Il mandato istituzionale, la missione e la visione dell'azienda

L'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, contribuendo alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività nel territorio di competenza, e al mantenimento e miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività, ed esercita le proprie funzioni in maniera sinergica con gli altri soggetti del sistema sanitario regionale. L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in modo unitario ed in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto socio-ambientale del proprio territorio in una logica di fiducia, di cooperazione, di integrazione socio-sanitaria e, al proprio interno, promuove la formazione e la crescita professionale per mantenere elevati i livelli qualitativi dei servizi offerti.

L'azione dell'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura è finalizzata in maniera fondamentale al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda. Al tempo stesso la sua azione è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni, persegue la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo capace di assicurare appropriatezza, efficacia, orientato al miglioramento continuo della qualità, alla valorizzazione degli operatori e all'uso ottimale delle risorse assegnate. L' Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura svolge la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità ed assicura, attraverso i servizi direttamente gestiti:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- l'assistenza distrettuale;
- l'assistenza ospedaliera.

I principi-guida e i valori fondamentali ai quali l'Azienda ispira l'azione gestionale per la creazione di valore pubblico sono:

- il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale;
- la centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo, responsabile e capace ed il costante riferimento alla comunità locale;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti.

1.3 La programmazione integrata nell'azienda sanitaria

Il ciclo di funzionamento delle pubbliche amministrazioni prende avvio con la programmazione, nell'azienda sanitaria prende avvio con la programmazione socio sanitaria dell'offerta di servizi

assistenziali con **l'obiettivo di garantire livelli di fruibilità e di disponibilità delle prestazioni in grado di saturare il bisogno di assistenza reale. L'individuazione della tipologia e della natura dei bisogni sanitari, e quindi della domanda di salute, è di prioritaria importanza per poter individuare le scelte strategiche di programmazione sanitaria in linea con le specifiche esigenze territoriali.** Una programmazione basata sui bisogni di salute deve svilupparsi, prioritariamente, dalla conoscenza del territorio, dalla sua complessità e dalla variabilità dal punto di vista demografico, socio economico ed epidemiologico. L'azienda opera in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla sanità e alle Politiche Sociali, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia sistemica.

Al fine di dare attuazione alle disposizioni della L.R.24/2020 e a quanto contenuto nei provvedimenti regionali di programmazione, la RAS con deliberazione n° 14/28 del 29/04/2022 ha assegnato ai Direttori generali gli obiettivi di mandato di cui all'art.11, comma 9, della suddetta legge regionale; gli obiettivi strategici dei Direttori Generali sono sintetizzabili come segue:

- Area della sostenibilità economico-finanziaria
- Area del rispetto delle milestone del piano Nazionale di ripresa e resilienza(PNRR);
- Area dell'avvio dei processi di riforma;
- Area della trasparenza.

Il ciclo di programmazione della performance dell'azienda sanitaria è un processo circolare ad ampio raggio che parte da una prima fase di pianificazione degli obiettivi attraverso il Piano delle Performance, una seconda fase che è quella della misurazione della performance attraverso lo sviluppo del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance e termina con la fase di rendicontazione attraverso la Relazione sulla Performance, come di seguito evidenziato;

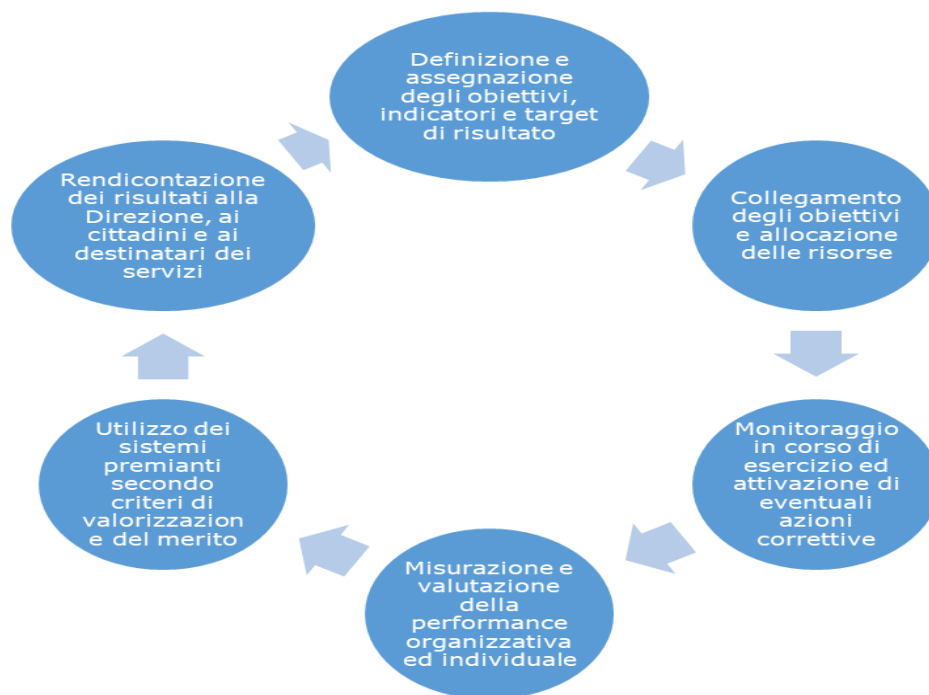


Fig. 2 Ciclo di programmazione

lo stesso ricorda molto da vicino il ciclo di Deming o metodo PDCA, (Fig.3) acronimo delle quattro fasi che lo caratterizzano: 1. Plan, Pianificare, 2. Do, Fare, 3. Check, Controllare e 4. Act, Agire.

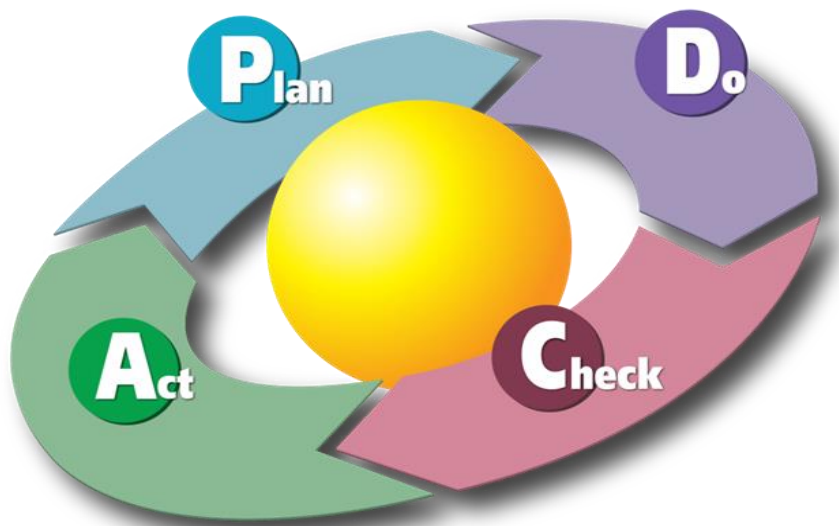


Fig. 3 Il metodo PDCA

La programmazione delle Pubbliche Amministrazioni si è iper-specializzata dagli anni '90, sviluppandosi in silos programmatici indipendenti che hanno dato vita a diversi documenti recentemente censiti ai fini dell'assorbimento nel PIAO. Alcune spinte innovative all'integrazione delle performance e dell'anticorruzione sono state affidate alle indicazioni metodologiche provenienti sia dal Dipartimento della Funzione Pubblica (Linee Guida 2017-2020 sull'integrazione tra performance e risk management), sia dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), entrambe finalizzate verso l'orizzonte comune della creazione e della protezione del Valore Pubblico. L'integrazione programmatica finalizzata, ovvero la programmazione integrata tra le diverse prospettive programmatiche verso la generazione di Valore Pubblico ha acquisito notevole forza legislativa con il recente d.l. 80/2021, convertito dalla l. 113/2021, che ha introdotto all'art. 6 il PIAO. Il modello di creazione di Valore Pubblico valorizza i risultati conseguiti dalle amministrazioni pubbliche, nel contesto socio-economico di riferimento, ai fini della valutazione dell'azione amministrativa. Nel solco di queste coordinate, l'adozione di un sistema di governance orientato alla creazione di Valore Pubblico consente di arrivare a definire un modello multidimensionale e integrato di misurazione e valutazione delle performance, fondato su queste articolazioni:

- la sostenibilità istituzionale, sociale ed ambientale;
- la qualità dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni;
- la competitività territoriale e le dimensioni dell'etica e della responsabilità sociale;
- la trasparenza, come capacità di render conto ai diversi portatori e gruppi di interesse, interni ed esterni all'organizzazione (accountability);
- l'equità nei confronti di gruppi di utenti e di stakeholder esterni a debole capacità contrattuale;
- l'efficienza tecnica ed economica che garantisce la produttività;
- l'efficacia (come rapporto tra risultati ed obiettivi) e l'economicità (come capacità, nel lungo periodo, di soddisfare in modo adeguato i bisogni della comunità di riferimento).

La gestione di un'azienda richiede informazioni che riguardano molteplici dimensioni e aspetti (ad es. processi operativi, gestione economico-finanziaria, risorse umane, capacità di innovazione) che devono venire misurati e gestiti in modo bilanciato e coerente con la strategia generale dell'azienda. Attraverso l'uso della Balanced Scorecard (BSC) è possibile valutare le performance dell'azienda in un'ottica sia strategica sia operativa: essa, infatti, riflette l'equilibrio raggiunto fra obiettivi a breve e a lungo termine, fra misure finanziarie e non, fra indicatori ritardati e di tendenza, fra prospettive della performance interna ed esterna. Questo strumento parte dal presupposto che, per avere una visione esauriente dell'intera situazione aziendale, nessun indicatore di performance deve essere preso singolarmente, ma occorre costruire un insieme organizzato di indicatori che, collegati tra loro, consentano una valutazione globale dei risultati aziendali. Il fulcro applicativo di questa tecnica manageriale di pianificazione, allineamento degli obiettivi e valutazione delle prestazioni è la scomposizione degli obiettivi strategici in sotto obiettivi tra loro collegati da ipotesi di relazioni causa-effetto. L'idea generale di una Balanced Scorecard in sanità è che i risultati economici e finanziari possano essere conseguiti soddisfacendo adeguatamente i pazienti; i pazienti possano essere soddisfatti sviluppando processi interni eccellenti e, processi interni eccellenti, possano essere progettati ed implementati agendo sull'apprendimento, dunque sulle persone, sulla loro selezione, motivazione, competenza, conoscenza. Monitorando le prestazioni lungo tali dimensioni si è in grado di valutare sistematicamente quanto l'impresa sia efficace nell'implementare la strategia.

Per garantire questo assunto di base, la Balanced Scorecard valuta le performance sulla base di quattro dimensioni o prospettive rilevanti:

- **la prospettiva economico finanziaria** che pone in relazione i risultati ottenuti dall'azienda con il rispetto del BEP;
- **la prospettiva degli utenti** che fa riferimento alla necessità di orientare l'attività svolta alla soddisfazione delle esigenze manifestate dagli utenti;
- **la prospettiva dei processi interni** all'azienda che è diretta all'individuazione dei fattori critici di successo per la soddisfazione degli utenti in conseguenza delle iniziative di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi ai vari livelli aziendali;
- **la prospettiva dell'apprendimento e crescita** che è strettamente connessa alla innovazione di processo ed all'apprendimento che consentono uno sviluppo globale dell'organizzazione.

In ambito sanitario, soprattutto pubblico, è possibile ipotizzare anche una quinta prospettiva, che tenga più approfonditamente conto degli interessi della comunità, in relazione all'equità e contenere, ad esempio, indicatori di accesso e di livelli d'assistenza.

Sezione 2 Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Valore Pubblico

Per Valore Pubblico s'intende: *il livello di benessere economico-sociale-ambientale-salute, della Collettività di riferimento di un'amministrazione, e più precisamente dei destinatari di una sua politica o di un suo servizio*. L'amministrazione genera valore Pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto, degli impatti di una politica o di un servizio sulle diverse categorie di utenti e stakeholder, rispetto alle condizioni di partenza.

La Pubblica amministrazione crea Valore se consegue un miglioramento congiunto ed equilibrato degli:

- impatti esterni (economico-sociale- ambientale delle politiche);
- impatti interni (salute dell'ente);

ovvero se migliora il benessere e la salute nel caso specifico dell'azienda sanitaria dei cittadini, senza dimenticare di curare la salute del proprio contesto interno ed esterno.

2.1.1 Strategia di creazione di Valore Pubblico

Il Valore Pubblico non s'inventa ma si progetta e infatti rappresenta il risultato di un processo progettato, governato e controllato.

Per accrescere il Valore Pubblico le pubbliche amministrazioni devono essere condotte secondo modelli di Public Value Governance e il Valore Pubblico dovrebbe diventare la nuova frontiera delle performance.²

Il paradigma della *public governance* implica, l'introduzione di una logica multidimensionale nella valutazione delle *performance* della amministrazione pubblica³: ad efficacia, efficienza ed economicità si aggiungono le dimensioni dell'equità, particolarmente rilevante nei confronti di gruppi di utenti e di *stakeholder* esterni a debole capacità contrattuale, di trasparenza dell'azione pubblica, del rispetto dell'etica, del miglioramento della qualità, della sostenibilità economico, sociale ed ambientale delle diverse politiche di intervento messe in atto dalle amministrazioni pubbliche e della capacità di render conto (*accountability*) ai diversi portatori e gruppi di interesse, interni ed esterni alle amministrazioni pubbliche

Il modello di "Public Value Governance"⁴ capace di governare i flussi di generazione del valore è rappresentato tramite la "Piramide del VP" (Figura 1): la logica piramidale di accumulazione progressiva di valore si fonda sulla manovra coordinata degli indicatori contenuti nei vari livelli della performance; il valore viene accumulato progressivamente di livello in livello e trova la sua misura sintetica nel primo.

² Enrico Deidda Gagliardo. Performance e Valore Pubblico.

³ MENEGUZZO M., CEPIKU D., FERRARI D., (2004), *Governance e coordinamento strategico delle reti aziendali: sistemi sanitari a confronto*,

⁴ Enrico Deidda Gagliardo –Papi (2002-2015-2018) Il modello della piramide del valore pubblico.



Fig. 4 La Piramide del VP

I principali caratteri di questo paradigma derivano da una visione dell'azienda pubblica e, in particolare quella sanitaria, più aderente alla sua natura:

- si mira non soltanto all'efficienza, ma anche all'efficacia generale delle aziende pubbliche;
- si cerca di raggiungere le condizioni di economicità compatibilmente con gli obiettivi che queste si pongono;
- maggior coinvolgimento degli stakeholder in generale e dei cittadini in particolare;

Creare Valore Pubblico è il vero obiettivo strategico dell'azienda sanitaria.

Nell'azienda sanitaria la creazione di Valore pubblico è determinato da pilastri e basamenti riconducibili alle seguenti categorie:

- **appropriatezza dei percorsi assistenziali;**
- **equilibrio economico finanziario;**
- **capitale umano;**
- **qualità percepita dall'utenza.**



Fig. 5 I pilastri del Valore Pubblico nell'azienda sanitaria

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

Nell'ottica della creazione di Valore Pubblico l'Azienda si impegna a trasferire nel modo più rapido ed efficace l'avanzamento delle conoscenze di base nell'intento di favorire un'attività socio-sanitaria sempre più qualificata a servizio della popolazione.

Questi valori fondamentali si concretizzano con azioni finalizzate a garantire:

Equità

Garantire pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni e ai servizi su tutto il territorio regionale, a parità di bisogno di salute. Il contrasto alle disuguaglianze di salute emergono, infatti, sempre più come elementi imprescindibili di un servizio sanitario di respiro universalistico che abbia in sé le caratteristiche di efficacia, efficienza ed equità; l'azienda garantisce, a parità di bisogno, l'equità territoriale, realizzando per quanto possibile uniformità e tempestività nell'accesso alle prestazioni per tutti i cittadini residenti al fine di assicurare livelli di assistenza appropriati e di qualità oltreché economicamente sostenibili;

Centralità del cittadino/paziente

Prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti- pazienti, con nuovi modelli organizzativi in grado di trasferire la propria azione dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato;

la centralità del cittadino/paziente assume valore strategico ed è perseguita mediante specifiche politiche di comunicazione al cittadino/paziente tese a rendere disponibili e accessibili le informazioni necessarie per orientarsi, scegliere e accedere alle prestazioni di cui hanno necessità; l'informazione sistematica e tempestiva ha lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie;

Qualità

La qualità viene garantita attraverso lo sviluppo di programmi di revisione della pratica clinica e professionale, fondati sui principi delle evidenze scientifiche; con le pratiche cliniche dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) e dell'*Evidence Based Nursing* (EBN) l'Azienda pone in essere interventi sanitari mirati a produrre risultati positivi di salute, salvaguardando le risorse disponibili, utilizzandole nel miglior modo possibile ed evitando sprechi e costi inutili. Promuove inoltre l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture;

Economicità

L'economicità viene garantita attraverso la ricerca delle soluzioni in grado di minimizzare i costi di produzione e si concretizza anche attraverso l'individuazione di soluzioni organizzative capaci di rendere condivise, tra più articolazioni aziendali, le risorse strutturali e il patrimonio tecnologico e

professionale dell'Azienda e nella realizzazione di soluzioni improntate ad un principio di essenzialità e non ridondanza, in una visione sistemica che abbia come punto di riferimento l'intera rete assistenziale;

Legalità

Garantire la legalità, assicurando che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti. Vigilerà infatti sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi di output;

Trasparenza e semplificazione dei processi amministrativi

Garantire ai portatori di interessi, relazioni trasparenti volte al raffronto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato esponenziali di interessi diffusi; la trasparenza è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività svolta dall'ASL allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sull'utilizzo delle risorse pubbliche e sul perseguimento dei fini istituzionali;

Sviluppo competenze, ricerca e innovazione

Garantire la crescita professionale a tutti coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda con idonei percorsi formativi in relazione alle capacità di ognuno. La valorizzazione della professionalità degli operatori è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

2.1.2 Indicatori di impatto di Valore Pubblico

La dimensione dell'impatto esprime l'effetto generato da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti, nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere rispetto alle condizioni di partenza. Gli indicatori di questo tipo sono tipicamente utilizzati per la misurazione degli obiettivi specifici triennali. L'azienda crea valore pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni ed interni delle diverse categorie di utenti e stakeholder: per generare valore pubblico sui cittadini e sugli utenti, favorendo la possibilità di generarlo anche a favore di quelli futuri, l'azienda deve essere efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili.

L'Azienda concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, contribuendo alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività nel territorio di competenza, e al **mantenimento e miglioramento dello stato di salute**, come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività, ed esercita le proprie funzioni in maniera sinergica con gli altri soggetti del sistema sanitario regionale.

A tal fine, concorre, nell'ambito della specificità del proprio ruolo e delle proprie competenze, allo sviluppo del sistema sanitario regionale e a tale scopo opera a livello aziendale nell'ambito del proprio territorio al fine di perseguire l'appropriatezza degli interventi, l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze.

La misurazione del Valore Pubblico va effettuata tramite indicatori di impatto. Gli impatti sul benessere dei cittadini possono essere misurati anche tramite gli indicatori di **Benessere Equo Sostenibile Istat/Cnel**. Il Benessere Equo e Sostenibile (BES) è un insieme di indicatori che hanno lo scopo di valutare il progresso della società non solo dal punto di vista economico, ma anche sotto l'aspetto sociale e ambientale. Dal 2018 gli indicatori BES sono stati inclusi tra gli strumenti di programmazione e valutazione della politica economica nazionale. Gli indicatori di benessere equo e sostenibile sono stati infatti introdotti nell'ordinamento legislativo italiano come strumento di programmazione economica dall'articolo 14 della legge n. 163/2016, di riforma della legge di contabilità (legge n. 169 del 2009). Un Comitato per gli indicatori di benessere equo e sostenibile (BES) - presieduto dal Ministro dell'economia e delle finanze e composto dal Presidente dell'ISTAT, dal Governatore della Banca d'Italia, da due esperti della materia provenienti da università ed enti di ricerca - è stato incaricato di selezionare gli indicatori utili alla valutazione del benessere sulla base dell'esperienza maturata a livello nazionale e internazionale.

| DOMINIO | INDICATORE | | FONTE | |
|--|------------|---|--|--|
| Benessere economico | 1 | Reddito disponibile lordo corretto pro-capite | Istat - Contabilità Nazionale (NA) | |
| | 2 | Disuguaglianza del reddito netto (S80/S20) | Istat - Eu-Silo | |
| | 3 | Indice di povertà assoluta | Istat - Indagine sulle spese delle famiglie (HBSs) | |
| Salute | 4 | Speranza di vita in buona salute alla nascita | Istat - Indagine Aspetti della vita quotidiana (AVQ) | Istat - Tavole di mortalità popolazione italiana |
| | 5 | Eccesso di peso | Istat - Indagine Aspetti della vita quotidiana (AVQ) | |
| Istruzione e Formazione | 6 | Uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione | Istat - Rilevazione sulle Forze di lavoro (RLF) | |
| Lavoro e conciliazione dei tempi di vita | 7 | Tasso di mancata partecipazione al lavoro | | |
| | 8 | Rapporto tra tasso di occupazione donne 25-49 anni con figli età prescolare e delle donne senza figli | | |
| Sicurezza | 9 | Indice di criminalità predatoria | Ministero Interno - Denunce alle Forze dell'ordine | Istat - Indagine sulla Sicurezza dei cittadini |
| Politica e istituzioni | 10 | Indice di efficienza della giustizia civile | Ministero Giustizia - Dir. Gen. Statistica e Analisi Organizzativa | |
| Ambiente | 11 | Emissioni di CO ₂ e altri gas clima alteranti | Istat- Ispra - Inventario e conti delle emissioni atmosferiche | |
| Paesaggio patrimonio culturale | 12 | Abusivismo edilizio | Centro ricerche economiche sociali di mercato per l'edilizia e il territorio (Cresme) | |

Per la **salute** sono stati scelti due indicatori: la "speranza di vita in buona salute alla nascita" e l'"eccesso di peso".

L'ASL Gallura concorre a costruire valore pubblico perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema degli enti locali, la RAS e con le altre agenzie regionali che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute. La salute psicofisica è infatti ormai comunemente intesa come il risultato di diversi fattori, non solo di mero benessere fisico, ma anche di altra natura. Un'integrazione e un dialogo tra i diversi stakeholder coinvolti risulta dunque necessario e irrinunciabile per il raggiungimento degli obiettivi che l'azienda si propone. La tabella seguente individua il set di indicatori di impatto per la valutazione delle prospettive di salute e benessere.

| INDICATORI DI IMPATTO | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|---------------------------------|------|----------|--|---|
| DIMENSIONE | INDICATORE | FORMULA | RESPONSABILE | PESO | BASELINE | TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2023-2025 | FONTI |
| SOCIO- OCCUPAZION ALE | % di under 35 occupati | Numero di under 35 assunti/ numero totale di assunzioni | AREA RISORSE UMANE E FORMAZIONE | 5 | 32,47% | 35% | SISAR - HR |
| ECONOMICA | Rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora | Tempo medio di pagamento <= 60gg | CONTABILITA' E BILANCIO | 15 | -21,78 | <=60 | SISAR- AMC |
| | Efficientamento dei fattori produttivi impiegati | Report trimestrali di monitoraggio del target dei costi di produzione definiti nel BEP | PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO | | 4 | 4 | SISAR- AMC |
| | Riduzione dei costi per gli approvvigionamenti energetici; | Numero di impianti installati per incrementare la quota di energia prodotta da fonte FV presso le strutture aziendali | AREA TECNICA | | 5 | 8 | AREA TECNICA |
| AMBIENTALE | Garantire l'efficientamento energetico per migliorare la sostenibilità ambientale | Numero di apparecchi luminosi dotati di tecnologia Led sostituiti nei presidi ospedalieri/Numero totale di corpi illuminanti con lampade a vapori di sodio presenti nei presidi ospedalieri *100 | AREA TECNICA | 30 | 0 | 60% | AREA TECNICA |
| | | Numero di sistemi di regolazione di tensione, power quality, protezione sovratensioni e rifasatori installati nelle strutture aziendali/Numero totale di strutture aziendali *100 | AREA TECNICA | | 0 | 60% UU.OO PRESIDI | AREA TECNICA |
| | | Numero di corsi di sensibilizzazione sui temi del risparmio energetico realizzati/ numero totale dei corsi sui temi del risparmio energetico programmati | AREA RISORSE UMANE E FORMAZIONE | | 0 | 100% | AREA RISORSE UMANE E FORMAZIONE |
| | Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore | N° piani di lavoro per bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D. Lgs. 81/08) e N° notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08) esaminati | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | | 100% | 100% | FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENT O DPREVENZIONE |

| INDICATORI DI IMPATTO | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|-----------------------------------|------|----------|---|--|
| DIMENSIONE | INDICATORE | FORMULA | RESPONSABILE | PESO | BASELINE | TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2023-2025 | FONTE |
| | dell'edilizia e agricoltura | | | | | | |
| SANITARIA | Tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato | N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annuo*100 | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | 50 | | T. cervice=40% ; T. colon retto=30%;T. mammella=35% | FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| | % di ultra 65 enni in CDI | % di ultra 65 enni in CDI /totale popolazione residente anziana età >=65*100 | DISTRETTI | | >4% | FLUSSO ADI | |
| | Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg | % interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100 | ORTOPEDIA | | 57,46% | >=70% | FILE A |
| | Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute | % DRG a rischio di inappropriatazza in DO | UU.OO ASSISTENZA OSPEDALIERA | | 7,98% | <=20% | FILE A |
| | Proporzione di infarti miocardici acuti trattati con PTCA entro 2 giorni | numero di pazienti colpiti da IMA che vengono sottoposti a PTCA entro 48 ore dal ricovero | UTIC | | 56.98% | 60% | FILE A |
| | Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni | Numero colecistectomie laparoscopiche in DS e RO 0-1 gg/ Numero totale di colecistectomie laparoscopiche | CHIRURGIA | | 75;96% | >=80% entro 3gg | FILE A |
| | Proporzione di parti con taglio cesareo primario | Numero parti cesarei primari/numero totale di parti cesarei*100 | GINECOLOGIA E OSTETRICIA | | 28% | 15%-20% | FILE A |
| | Garantire la promozione e il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool) nella popolazione giovanile e adulta | Numero di corsi realizzati/ numero totale dei corsi programmati | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE -DSMD | | 100% | 100% | FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE -DSMD |

22

Il valore pubblico in senso ampio creato dall'ASL Gallura verrà calcolato come media delle quattro dimensioni di performance.

2.1.3 Le procedure da reingegnerizzare

Nell'ambito dei processi di digitalizzazione sono in corso di sviluppo quei progetti volti alla dematerializzazione della documentazione clinica, in particolare il passaggio verso la Cartella Clinica Elettronica e la dematerializzazione dei referti destinati ad alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico, il numero unico 116117 per le cure mediche non urgenti e il progetto SICP ossia il portale di accesso alle cure primarie.

Con il PNRR Salute e con il nuovo decreto DM 77/2022 *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del servizio sanitario nazionale*, si apre una fase importante in cui l'ASL GALLURA sarà chiamata a reingegnerizzare le procedure di presa in carico e gestione dei pazienti cronici, le procedure di integrazione ospedale-territorio e sviluppo delle cure domiciliari integrate; in tale ambito verranno sviluppate inoltre tutte le nuove procedure relative alla grande sfida del futuro dell'azienda sanitaria che è la telemedicina.

L'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e alla prevenzione delle malattie e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata. A partire dal mese di marzo 2023 la Direzione Aziendale della Asl della Gallura ha posizionato presso le proprie sedi dei totem con tecnologia touchscreen multifunzione con la finalità di agevolare gli utenti per accedere ai servizi di pagamento ticket con bancomat e ritiro referti. Le apparecchiature permettono lo svolgimento delle operazioni in autonomia, evitando code agli sportelli e riducendo i tempi di attesa per l'espletamento delle operazioni.

Per utilizzare i totem sarà sufficiente identificarsi mediante tessera sanitaria, seguire le istruzioni indicate sullo schermo ed effettuare la scansione del codice a barre presente sulla propria documentazione (codice di prenotazione CUP, foglio di ritiro del referto). Una volta acquisito il codice identificativo dell'operazione richiesta, il sistema consentirà all'utente di ritirare il referto o di pagare il ticket.

Tramite il portale internet cupweb.sardegناسalute.it della Regione Autonoma della Sardegna gli utenti possono prenotare online in strutture pubbliche e accreditate accorciando ulteriormente i tempi di attesa, le prenotazioni e i pagamenti. Il pagamento online è consentito per le prestazioni precedentemente prenotate presso le sole strutture pubbliche e per eventi di pronto soccorso. Con il Fascicolo Sanitario Elettronico (fse.sardegناسalute.it), accessibile con Spid, Cie o Cns, è poi possibile consultare sul web i referti medici e tutti i documenti e dati relativi alle prestazioni del servizio sanitario nazionale.

2.2 La Performance dell'azienda sanitaria

La performance è intesa come il contributo che le varie componenti organizzative (individui, gruppi di individui, unità organizzative, ente nel suo complesso) apportano attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'azienda sanitaria e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

L'azienda opera in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla sanità e alle Politiche Sociali, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia sistemica.

Al fine di dare attuazione alle disposizioni della L.R.24/2020 e a quanto contenuto nei provvedimenti regionali di programmazione, la RAS con deliberazione n° 14/28 del 29/04/2022 ha assegnato ai Direttori generali gli obiettivi di mandato di cui all'art.11, comma 9, della suddetta legge regionale; gli obiettivi strategici dei Direttori Generali sono sintetizzabili come segue:

- Area della sostenibilità economico-finanziaria
- Area del rispetto delle milestone del piano Nazionale di ripresa e resilienza(PNRR);
- Area dell'avvio dei processi di riforma;
- Area della trasparenza.

Con riferimento all'anno 2023, la RAS, con la deliberazione n° 4/62 del 16/02/2023, ha assegnato ai Direttori Generali obiettivi strategici riferibili alle seguenti Aree:

- **Area dei tempi di pagamento dei debiti commerciali;**
- **Area dell'erogazione dei Livelli Essenziali di assistenza e della qualità:**
 - Area della sanità pubblica e della promozione della salute umana;
 - Area della qualità e del governo clinico;
 - Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;
 - Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR;
- **Area della sostenibilità economico-finanziaria:**
 - Area della razionalizzazione e contenimento della spesa;
 - Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare;
 - Area della gestione amministrativo contabile.

2.2.1 Dimensioni di performance

Le dimensioni di performance dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura richiamano le tipiche dimensioni della Balance Scorecard, la quale consente di attivare un processo di traduzione e scomposizione della missione e delle strategie dell'azienda lungo quattro prospettive per ciascuna delle quali sono stati individuati obiettivi, indicatori e target. L'Albero della Performance dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione grafica dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione. Ricevute le indicazioni regionali (da Piano sanitario regionale e da obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale), integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, le stesse vengono tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi strategici e obiettivi operativi assegnati ai Direttori di macrostruttura e di struttura. Le strategie, gli obiettivi e le azioni sono riferibili alle seguenti dimensioni di performance:

1. Dimensione dell'utente/paziente
2. Dimensione dei processi interni
3. Dimensione economica
4. Dimensione dello sviluppo e innovazione

Ogni dimensione identifica specifiche Aree di performance e obiettivi strategici.

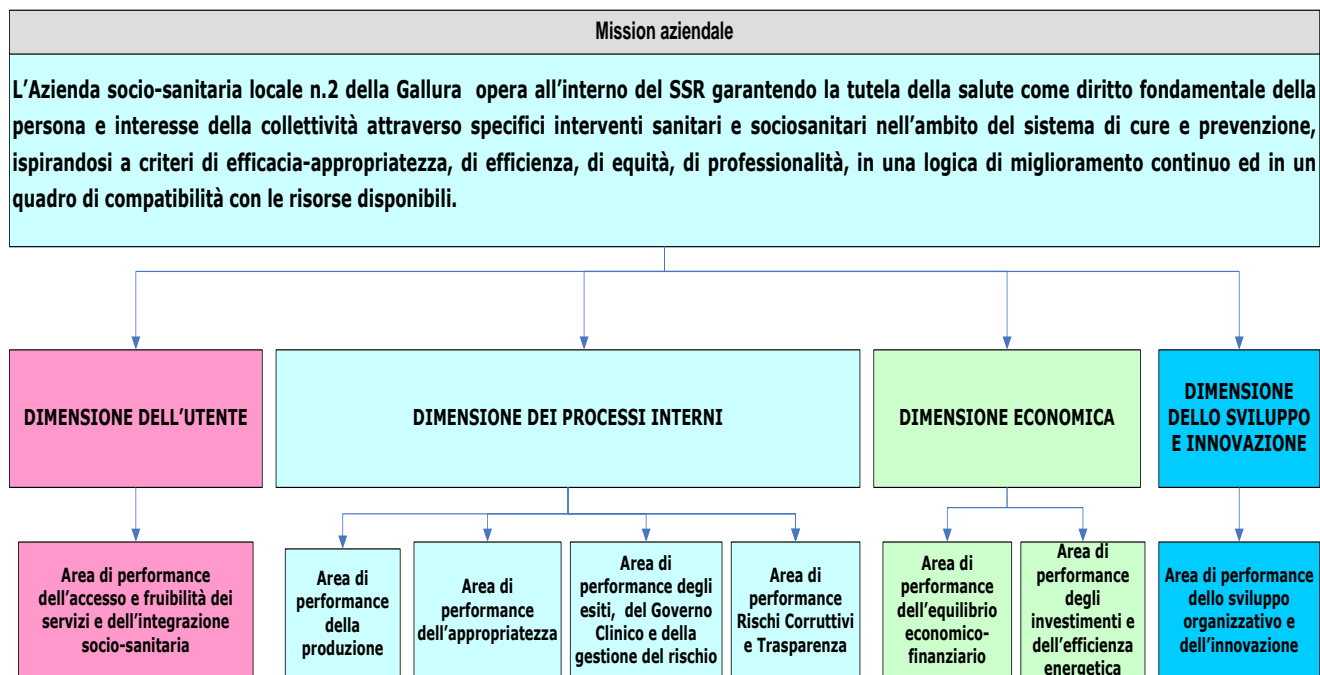


Fig. 6 L'albero della performance

Rispetto alle quattro Dimensioni sono individuate specifiche Aree strategiche di performance e definiti gli obiettivi strategici da conseguire.

Dimensione dell'Utente/paziente sono individuate Aree di performance tese a garantire l'accessibilità e fruibilità dei servizi, l'integrazione socio-sanitaria e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali quale capacità nel dare risposta adeguata e tempestiva al bisogno di salute, nella fase di prevenzione e cura.

- Area di performance dell'accesso e fruibilità dei servizi e dell'integrazione socio-sanitaria;

Dimensione dei processi interni sono individuate Aree di performance tese a garantire il governo della assistenza ospedaliera e territoriale, l'attività di prevenzione e promozione della salute, il governo clinico e la gestione del rischio e tutte le attività tese alla prevenzione della corruzione e all'attuazione della trasparenza.

- Area di performance della produzione;
- Area di performance dell'appropriatezza;
- Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio;
- Area di performance dei Rischi Corruttivi e Trasparenza.

Dimensione economica sono individuate Aree di performance tese a garantire il perseguimento dell'equilibrio economico attraverso il monitoraggio della spesa con la finalità di garantire la razionalizzazione e il contenimento della spesa e l'utilizzo appropriato delle risorse disponibili in funzione della migliore efficacia.

- Area di Performance dell'equilibrio economico;
- Area di performance degli investimenti e dell'efficienza energetica;

Dimensione dello sviluppo e innovazione sono individuate Aree di performance tese a garantire la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale,

- Area di performance dello sviluppo organizzativo e dell'innovazione;

2.2.2 Obiettivi strategici

La performance organizzativa annuale è l'elemento principale del processo di budget ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza, economicità e appropriatezza ed è riferita sia all'azienda nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative. La Direzione ha definito gli obiettivi strategici che ritiene coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti e alle finalità istituzionali aziendali oltreché alle scelte strategiche relative all'attuale contesto di riorganizzazione del servizio sanitario.

Per l'anno 2023 la Direzione ha definito i seguenti obiettivi strategici che rappresentano i pilastri dell'intero processo di budget:

- **Garantire il Governo delle Liste d'Attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche al fine di assicurare la tempestiva esecuzione della prestazione;**
- **Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai Programmi di Screening Oncologico organizzato;**
- **Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali e la sorveglianza della zoonosi, in particolare la peste suina africana, la tubercolosi bovina, la brucellosi ovina e caprina e la blue tongue;**
- **Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale;**
- **Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura e l'attivazione degli 8 Piani Mirati di prevenzione (PMP) con l'attuazione per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione dell'informazione/comunicazione;**
- **Garantire l'efficientamento della rete territoriale attraverso lo sviluppo di un modello di assistenza territoriale in linea con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal DM 77/2022;**
- **Garantire l'efficientamento della rete ospedaliera attraverso il miglioramento degli indicatori del PNE e GRIGLIA LEA;**
- **Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriata;**
- **Garantire l'efficienza dei fattori produttivi impiegati con la finalità di massimizzare l'output (beni prodotti e/o servizi erogati) minimizzando i costi di produzione;**
- **Garantire il rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora;**
- **Garantire la programmazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito territoriale di riferimento attraverso l'uso di strumenti di HPM;**
- **Garantire l'attuazione dei processi organizzativi finalizzati all'attuazione dell'atto aziendale e alla programmazione del fabbisogno di risorse umane al fine di**

rendere l'assetto organizzativo coerente e funzionale alle scelte strategiche aziendali.

- **Promuovere il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle risorse umane e gli investimenti per il rinnovo di impianti ed apparecchiature ad alta efficienza energetica e per l'installazione di impianti fotovoltaici;**
- **Garantire la diminuzione di un generalizzato livello di rischio per episodi corruttivi nelle Aree a rischio generale e specifico individuate nella sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;**
- **Promozione delle attività formative per la valorizzazione e lo sviluppo delle capacità tecniche e del benessere del personale;**
- **Promuovere l'adozione del ciclo di clinical competence/privilege con la finalità di definire una mappa delle conoscenze specialistiche e garantire un efficace sviluppo del personale;**
- **Promuovere il benessere organizzativo dell'equipè al fine di tutelare e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le risorse che operano al suo interno;**
- **Promuovere la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.**

Nell'allegato 1 del presente Piano si riporta il dettaglio degli obiettivi strategici e operativi per il triennio 2023-2025.

Il Ciclo di Gestione della Performance dell'ASL GALLURA che prende avvio da questo Piano si sviluppa secondo le seguenti fasi:

- definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la performance aziendale;
- definizione degli obiettivi strategici e operativi di macrostruttura e di struttura;
- negoziazione degli obiettivi strategici e operativi di budget con i direttori di macrostruttura e di struttura su cui è misurata la performance organizzativa;
- monitoraggio periodico e reporting della performance organizzativa aziendale;
- misurazione e valutazione della performance organizzativa;
- valutazione della performance individuale
- redazione della Relazione Performance;
- validazione del ciclo di gestione della performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- pubblicazione in Amministrazione Trasparente dei risultati di performance.

2.2.3 Misurazione degli obiettivi strategici

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

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

Nell'azienda sanitaria tale attività è considerata come un presupposto indispensabile per una compiuta valutazione delle performance sia organizzative che individuali.

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

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

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

Ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 150/2009, la valutazione individuale è legata alle seguenti dimensioni di valutazione e si differenzia a seconda del livello organizzativo occupato nell'azienda.

Le Dimensioni che compongono la performance individuale sono i:

- **Risultati:** riferiti agli obiettivi annuali inseriti nel Programma Sanitario Triennale e nel presente Piano;
- **Comportamenti:** sono le azioni che l'individuo mette in atto per raggiungere i risultati, ossia attengono alle modalità con cui un'attività viene svolta da ciascuno all'interno azienda.

Per i dirigenti e responsabili di struttura la valutazione è legata:

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità e al quale è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva;
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi;
- e) alla capacità di rispettare i tempi del ciclo della performance.

Per il restante personale la valutazione è legata:

- a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa saranno declinati a partire dalle attività definite in sede di programmazione annuale; quest'ultime saranno formalizzate nell'ambito del processo di budget attraverso l'assegnazione degli obiettivi a tutti i Direttori di struttura secondo le modalità definite nel Sistema di misurazione e valutazione della performance consentendo in tal modo di assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni.

2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza

A seguito della emanazione della legge 6 agosto 2021, n. 113, e delle indicazioni pervenute dal Dipartimento della Funzione Pubblica circa la redazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, nonché alla luce delle precisazioni fatte da ANAC con il documento "Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022", si è proceduto alla stesura della Sezione Anticorruzione.

La formulazione della strategia nazionale di prevenzione della corruzione si basa principalmente sui seguenti obiettivi:

- conseguire la riduzione delle opportunità di manifestazione dei fenomeni di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Questi tre obiettivi si sviluppano a livello decentrato, in ogni pubblica amministrazione, nella individuazione e attuazione di una serie di misure obbligatorie e specifiche che sono indicate all'interno del Piano triennale di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza. È intendimento dell'Azienda inserire gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione al suo interno omogeneizzandoli in un sistema di meccanismi di controllo interno orientati al miglioramento continuo dell'efficienza e qualità dei processi aziendali di supporto e di erogazione delle prestazioni.

La scelta dell'Azienda nella prevenzione della corruzione è quella di prediligere un **approccio culturale, orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità** piuttosto che basato solo su regole e misure repressive.

Per poter operare in questo senso sarà importante sviluppare atteggiamenti corretti frutto di riflessioni da parte dei diversi soggetti, piuttosto che di comportamenti di adeguamento passivo ad una regola imposta.

Per questo motivo si tenderà a perseguire la collaborazione dei vari soggetti interni ed esterni nella condivisione di strategie e strumenti finalizzati a promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, contribuendo così in maniera attiva a garantire la tutela dell'interesse della collettività. Inoltre, la strategia per la prevenzione della corruzione aziendale seguirà un approccio sistemico, nel senso che strumenti e misure dovranno essere indirizzati, in maniera intercorrelata e sinergica, al perseguimento di un risultato efficace e in grado di generare valore su più fronti nella prevenzione della corruzione.

Gli strumenti e l'approccio scelto dall'Azienda nella strategia di prevenzione della corruzione, (con particolare riferimento anche alla formazione basata su approccio normativo, etico e valoriale, alla promozione delle segnalazioni di rischi di illegalità e irregolarità, alla gestione dei rischi), mirano

a stimolare i soggetti interni ed esterni all'Azienda contribuendo così alla promozione della cultura della legalità, dell'integrità e della trasparenza.

Ai sensi del DM 20/06/2022 n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione" **la presente sottosezione è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)** sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 e formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico, come declinati nel presente documento ed in riferimento alle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022 dell'ANAC.

2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno riguarda le caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio in cui opera l'azienda socio- sanitaria locale che possano condizionare impropriamente l'attività dell'amministrazione ai fini dell'esposizione al rischio corruttivo. Per l'analisi di contesto esterno si rinvia al paragrafo 1.1 della sezione 1 Scheda anagrafica dell'azienda.

2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che possono in qualche maniera presentare criticità tali da poter dare origine a fenomeni corruttivi. Per il contesto interno, sotto il profilo organizzativo, si rinvia al paragrafo 3.1 della sezione 3 Organizzazione e capitale umano.

2.3.3 Mappatura dei processi

La mappatura consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi propri dell'azienda socio- sanitaria locale, con l'obiettivo di esaminare gradualmente l'intera attività svolta per l'identificazione di aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Per la mappatura dei processi si rinvia all'allegato 3 del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza di cui all'allegato 2 del presente Piano.

2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

La valutazione del rischio è la fase del processo in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive per il trattamento del rischio.

La valutazione del rischio si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

L'identificazione del rischio (o meglio degli eventi rischiosi) ha come obiettivo l'individuazione di comportamenti o fatti, anche solo ipotetici, tramite cui può concretizzarsi il fenomeno corruttivo.

Il coinvolgimento attivo dei responsabili delle articolazioni organizzative titolari del processo è fondamentale in quanto i responsabili delle strutture, avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

Il RPCT, nell'esercizio del suo ruolo, manterrà un atteggiamento attivo, attento ad individuare eventi rischiosi che non sono stati rilevati dai responsabili delle articolazioni organizzative interessate e ad integrare, eventualmente, il registro/catalogo dei rischi, anche mediante confronto (benchmarking) con amministrazioni simili, analisi di documenti e banche dati, workshop, focus group, ecc.

Le attività relative all'analisi ed alla ponderazione del rischio saranno svolte secondo le modalità esplicitate nel Piano nazionale anticorruzione (PNA), a partire dall'analisi dei cosiddetti "fattori abilitanti" della corruzione e dall'adozione di un approccio di tipo qualitativo, dando il dovuto spazio alla motivazione della valutazione. Coerentemente con l'approccio qualitativo, i criteri utilizzati per la valutazione dell'esposizione al rischio potranno essere operativamente tradotti in indicatori di rischio (key risk indicators), eventualmente definiti in collaborazione con altri enti che operano in ambito sanitario.

2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'individuazione, progettazione e programmazione delle misure generali e specifiche finalizzate a ridurre il rischio corruttivo identificato. Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera azienda e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo. Le misure specifiche, che si affiancano ed aggiungono sia alle misure generali, sia alla trasparenza, agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi e si caratterizzano per l'incidenza su problemi peculiari.

Il trattamento del rischio è effettuato mediante:

a) l'individuazione delle misure generali e specifiche, verificando:

1) la presenza e l'adeguatezza di misure generali e/o di controlli specifici pre-esistenti per valutarne il livello di attuazione e l'adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti e la capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;

2) l'adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;

3) la gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo;

b) la programmazione delle misure, sia generali che specifiche, in cui devono essere individuate le fasi (e/o modalità) di attuazione della misura, le tempistiche di attuazione della misura e/o delle sue fasi, le responsabilità connesse all'attuazione della misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), gli indicatori di monitoraggio.

Gli elementi essenziali contenuti in questa parte relativa al trattamento del rischio sono i seguenti:

1) Le misure generali;

2) Le misure specifiche.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera azienda sanitaria e incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione. Ad esse si devono affiancare le misure specifiche al fine di agire in maniera puntuale su alcuni rischi che meritano di essere trattate con un'azione puntuale e mirata. Da esse, comunque, prende avvio tutto il processo di mappatura.

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare le misure correttive più idonee a contrastare i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Non ci si dovrà limitare a proporre misure astratte ma dovranno essere previste misure specifiche e puntuali da realizzarsi entro scadenze precise e ragionevoli definite sulla base della priorità rilevate e delle risorse effettivamente disponibili.

L'individuazione e la conseguente programmazione delle misure di contrasto del rischio rappresentano l'elemento centrale e fondamentale del PTPCT.

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

Per l'approfondimento della parte generale riguardo ai protagonisti della prevenzione e della corruzione aziendale, la valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione delle articolazioni aziendali, le misure per prevenire il rischio di corruzione, la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio e il programma per la trasparenza, si rinvia **all'allegato 2 Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza e i suoi allegati (da A -F).**

Di seguito una declinazione degli obiettivi e indicatori di rischio corruttivo e trasparenza

| DIMENSIONE | OBIETTIVO STRATEGICO | INDICATORE | RESPONSABILE | TARGET | FONTE |
|---|--|--|---|------------------------|-------|
| AREA DI PERFORMANCE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA | Valutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione | Aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali | RESPONSABILI DI STRUTTURA RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità | Definire/aggiornare/attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR) | RESPONSABILI DI STRUTTURA RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | | Valutare/Monitorare l'efficacia delle misure di trattamento / controlli | RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Garantire la rotazione ordinaria del personale o l'attuazione di misure alternative | Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative | RESPONSABILI DI STRUTTURA | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | | Predisporre un regolamento per la rotazione del personale tecnico della prevenzione | RESPONSABILE DI STRUTTURA | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente | Adottare procedura per rotazione straordinaria | RESPONSABILI DI STRUTTURA - AREA RISORSE UMANE | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Gestione e prevenzione del conflitto di interessi | Definizione autodichiarazioni per le diverse categorie di soggetti interessati dal conflitto d'interesse | RESPONSABILI DI STRUTTURA - AREA RISORSE UMANE | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO STRATEGICO | INDICATORE | RESPONSABILE | TARGET | FONTI |
|--|---|--|------------------------|------------------------|-------|
| | | Controllo a campione dell'avvenuta raccolta delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi dei consulenti e collaboratori e della relativa pubblicazione delle stesse | RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi | Richiesta delle dichiarazioni di incompatibilità/incompatibilità alla Direzione strategica e all'eventuale diverso personale interessato | AREA RISORSE UMANE | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Garantire il rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 | Acquisizione autocertificazioni e relativo controllo | AREA RISORSE UMANE | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali | Aggiornamento regolamento aziendale per lo svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali | AREA RISORSE UMANE | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Garantire la diffusione del divieto di Pantouflage - revolving doors | Nelle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi prevedere obbligo di autocertificazione, da parte delle ditte interessate, circa il fatto di non avere stipulato rapporti di collaborazione/lavoro dipendente con i soggetti individuati dall'art. 53 c. 16 ter d.lgs. 165/2001. | AREA ACQUISTI | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| Sottoscrizione delle dichiarazioni da parte del personale dipendente che cessa | | AREA RISORSE UMANE | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC | |
| Nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente. | | AREA RISORSE UMANE | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC | |
| Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti | Diffondere la conoscenza della piattaforma informatica per le segnalazioni | RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC | |
| | Gestire segnalazioni pervenute | RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC | |
| Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità | Inserimento del patto/protocollo o delle relative clausole nella documentazione di gara | AREA ACQUISTI | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC | |
| Garantire la corretta gestione del ciclo di approvvigionamento | Affidamenti diretti/totale acquisti | AREA ACQUISTI | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC | |
| | Acquisti beni infungibili/totale acquisti effettuati | AREA ACQUISTI | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC | |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO STRATEGICO | INDICATORE | RESPONSABILE | TARGET | FONTE |
|------------|--|---|-------------------------------------|------------------------|-------|
| | | Numero di proroghe e rinnovi/totale acquisti effettuati | AREA ACQUISTI | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Garantire la corretta gestione dell'attività libero professionale intramuraria | Numero di prestazioni effettuate in intramoenia/totale prestazioni attività istituzionale | DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - ALPI | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |

| DIMENSIONE | OBIETTIVO STRATEGICO | INDICATORE | RESPONSABILE | TARGET | FONTE |
|---|---|---|----------------------------------|------------------------|-------|
| AREA DI PERFORMANCE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA | Garantire l'inserimento e la pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente". | Pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente" da parte dei Responsabili indicati nell'Elenco Obblighi di Pubblicazione (EOP) | RESPONSABILI DI STRUTTURA - RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Garantire l'accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dall'azienda, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere al tempo stesso la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali. | Aggiornare e pubblicare il registro degli accessi | RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | | Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico | RESPONSABILI DI STRUTTURA - RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | | Numero di istanze ricevute evase nei termini di legge | RESPONSABILI DI STRUTTURA - RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Garantire la rendicontazione e diffusione della sezione rischi corruttivi e trasparenza | Rendicontazione dell'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività e presentazione della rendicontazione ai referenti del RPCT | RESPONSABILI DI STRUTTURA | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | | Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione e all'OIV | RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |
| | Garantire la pubblicazione in "Amministrazione trasparente" della relazione annuale RPCT | Pubblicazione della relazione annuale del RPTC | RPTC | MONITORAGGIO PERIODICO | RPTC |

Sezione 3 Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Struttura Organizzativa

L'art. 3, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 502/1992, recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*” prevede che, in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le aziende socio sanitarie locali disciplinano l'organizzazione ed il funzionamento con l'adozione di un atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. L'organizzazione aziendale della ASL GALLURA è caratterizzata dalle componenti strutturali previste dall'atto aziendale adottato in via preliminare, con delibera del Direttore Generale n. 403 del 18.11.2022; successivamente con delibera del Direttore Generale n. 44 del 27.01.2023 l'atto aziendale è stato integrato con le osservazioni richieste dalla Regione Sardegna con la DGR 1/1 del 03.01.2023;

infine la RAS con DGR 4/65 del 16.02.2023 “*Atto aziendale dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura. Esito verifica di conformità ai sensi dell'art. 16, comma 2, L.R. 11.9.2020, n. 24*”, ha dichiarato conforme, ai sensi dell'art. 16, comma 2, della L.R. 11 settembre 2020, n. 24, l'atto aziendale definitivo approvato dall'Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della Gallura, con la deliberazione n. 44 del 27.1.2023, e con delibera del Direttore Generale n. 94 del 24.02.2023 l'Atto Aziendale dell'ASL n. 2 della Gallura è stato adottato in via definitiva.

L'atto aziendale individua in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e disciplina l'organizzazione dell'ASL secondo il modello dipartimentale e i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario;

Il dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa a livello aziendale quale struttura sovraordinata e di coordinamento, di orientamento, di consulenza, di supervisione, di governo unitario dell'offerta e di gestione integrata delle risorse assegnate alle strutture in esso aggregate, essendo costituito da articolazioni aziendali che svolgono processi comuni, simili o affini, omogenei o complementari, per i profili tecnici e disciplinari o processi che richiedono un coordinamento unitario delle funzioni attribuite alle unità operative afferenti, ovvero una tensione specifica al conseguimento di un comune risultato, per strategicità rispetto al governo dell'Azienda o di un'area assistenziale e/o organizzativa.

I Dipartimenti strutturali sono costituiti dall'aggregazione di più strutture complesse e di strutture semplici dipartimentali; sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché possono essere dotati, di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti, e di apposito budget, assegnato dal Direttore Generale, la cui gestione è affidata al Direttore di Dipartimento; sono finalizzati a migliorare l'efficiente utilizzo delle risorse, in particolare di quelle professionali, e l'efficacia dei servizi e delle prestazioni.

L'ASL GALLURA attraverso il modello dipartimentale, 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 multiprofessionale; ciò, inoltre, al fine di perseguire il massimo coordinamento di processi unitari o omogenei che interessano più presidi ospedalieri, più dipartimenti, più distretti e, contestualmente, ospedale e territorio.

3.1.1 Organigramma

L'organigramma è il principale strumento, a livello macro, di formalizzazione della reale gerarchia organizzativa di una azienda. Esso è la rappresentazione grafica della struttura organizzativa finalizzata a rappresentare le strutture, e a descrivere sinteticamente funzioni, compiti e rapporti gerarchici esistenti nell'ambito di una determinata struttura organizzativa. L'organizzazione aziendale è delineata dal seguente organigramma che consente, di identificare le responsabilità relative alle diverse aree di attività dell'organizzazione e di evidenziare le linee di dipendenza gerarchica e funzionale esistenti.

Il modello organizzativo delineato evidenzia la:

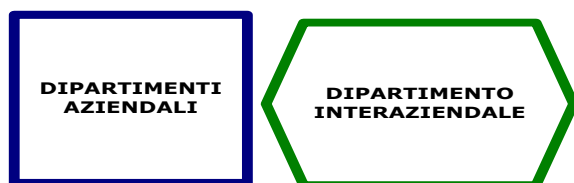
- o direzione strategica: direzione aziendale (Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo);
- o strutture di staff della direzione aziendale: supporto tecnico e metodologico alla direzione aziendale per lo svolgimento delle attività di governo ed indirizzo strategico, di pianificazione, programmazione e controllo e di definizione degli standard di funzionamento dell'Azienda;
- o strutture e funzioni amministrative e tecniche della direzione aziendale organizzate in dipartimenti strutturali: attività di supporto operativo per l'efficiente ed efficace gestione dell'Azienda; ricerca dell'efficienza organizzativa attraverso la realizzazione di buone pratiche gestionali; gestione dei processi al servizio della produzione ed erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- o strutture della linea intermedia, individuate nelle Direzioni di distretto e di presidio;
- o strutture della linea operativa: complesso delle attività di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché delle connesse attività di stretto supporto che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei detti servizi e prestazioni.

Di seguito la legenda dell'Assetto Organizzativo dell'ASL GALLURA:

- **Direzione, Organi e Organismi sono così rappresentati:**



- **Macro-articolazioni:**



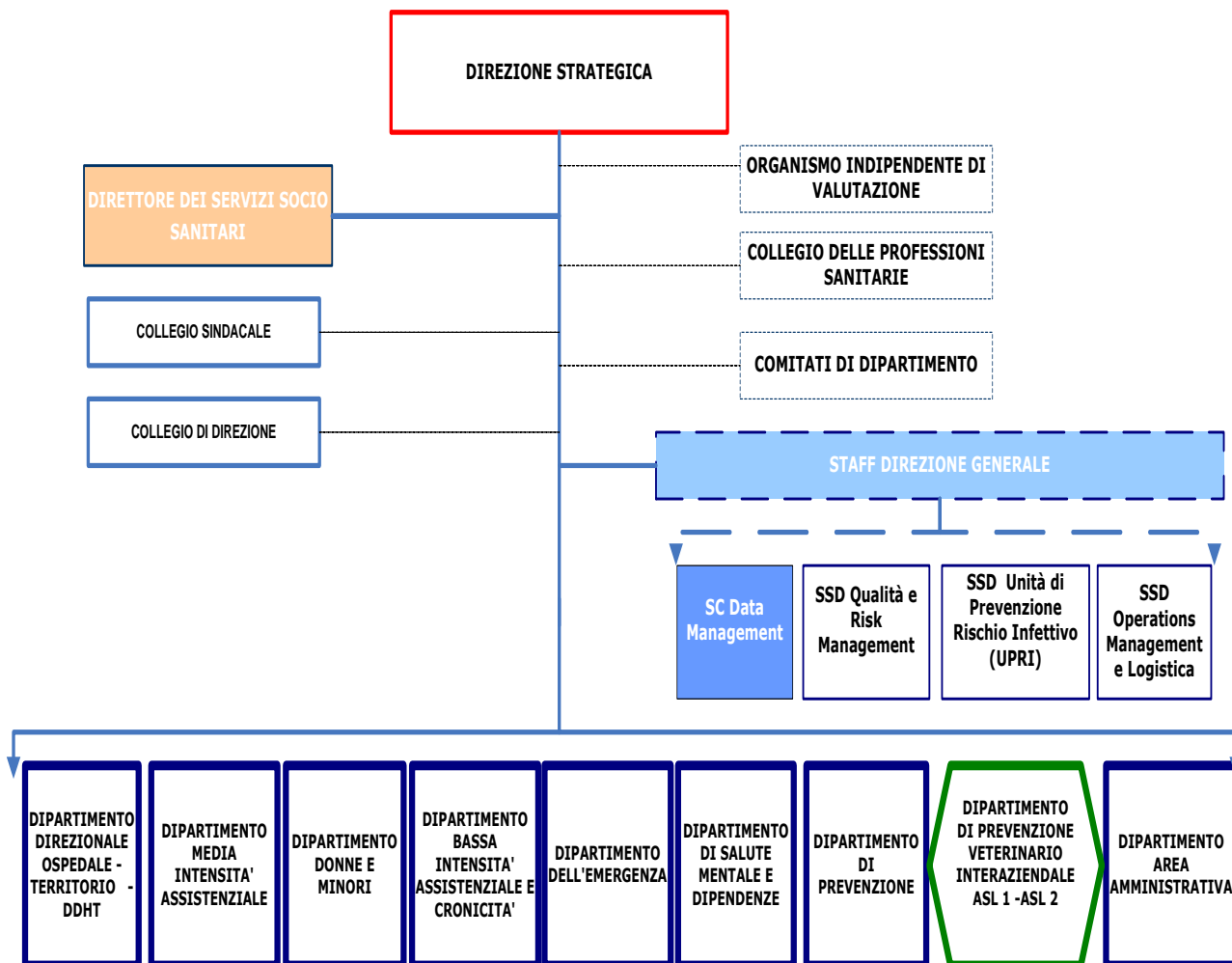
➤ **Articolazioni:**

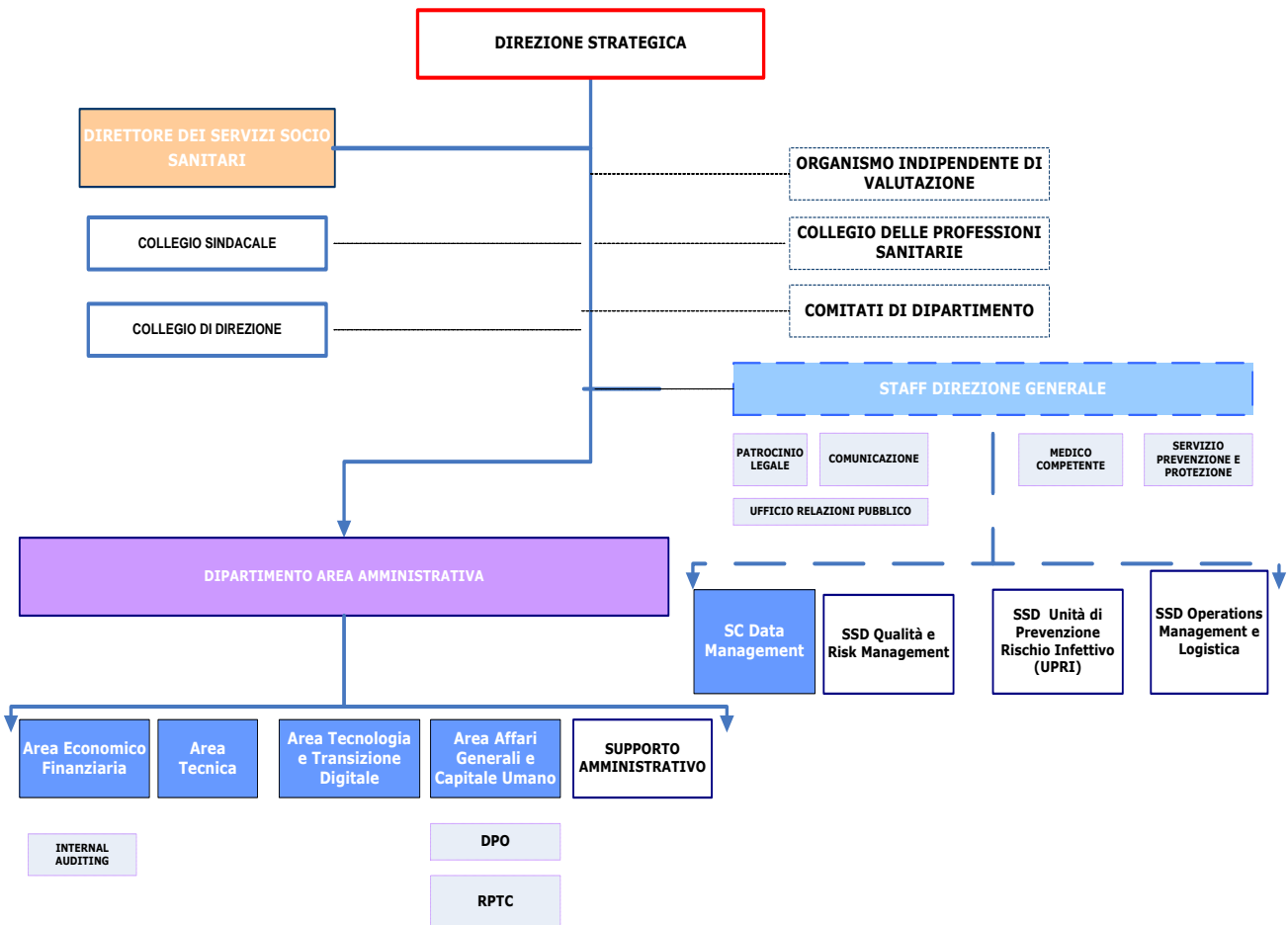
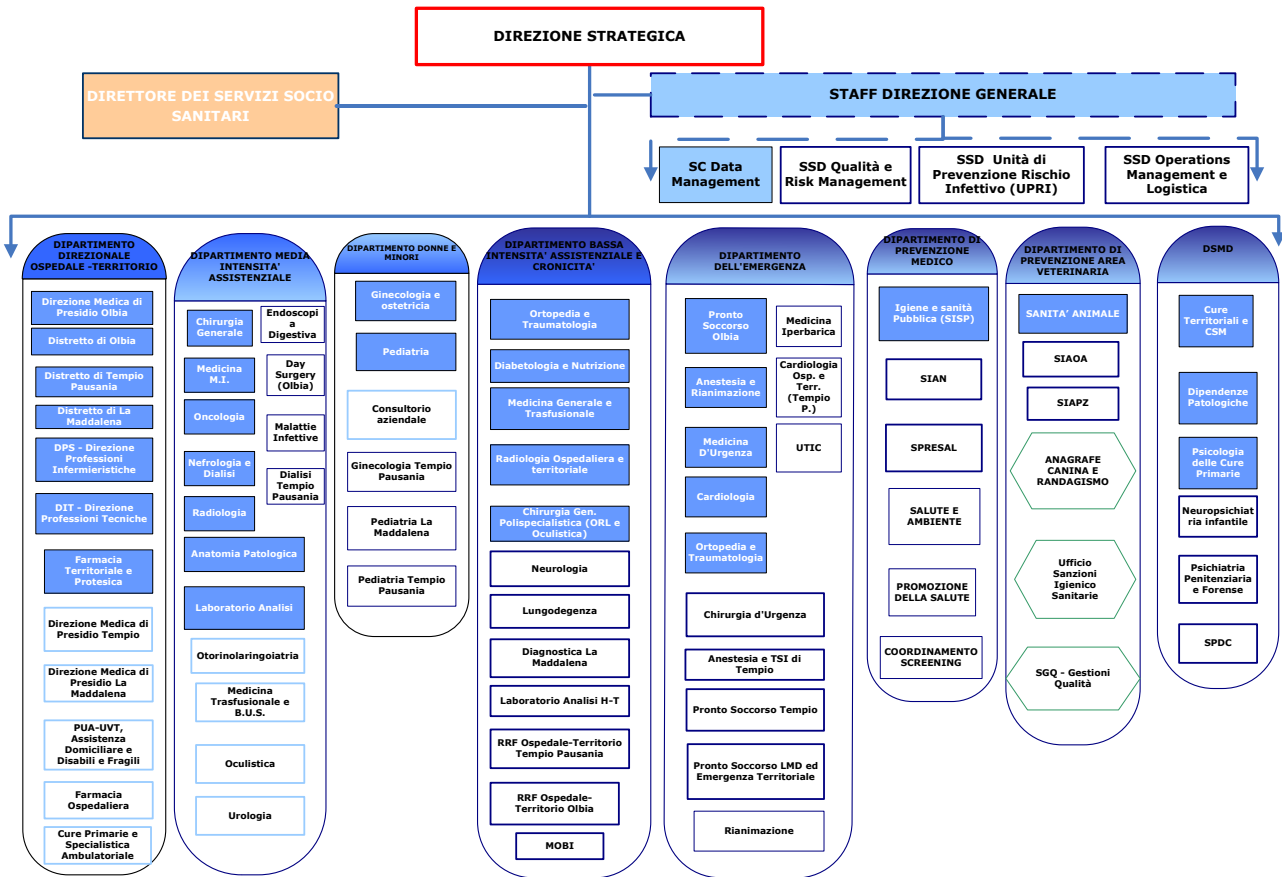


➤ **Relazioni:**

Dipendenza gerarchica _____

Coordinamento - - - - -





Con riferimento all'organizzazione delineata dal nuovo atto aziendale, il Direttore Generale con delibera n°114 del 03.03.2023 ha attivato in via **provvisoria e temporanea** i seguenti Dipartimenti aziendali:

| DENOMINAZIONE DIPARTIMENTO | INCARICO PROVVISORIO DIRETTORE/COORDINATORE DIPARTIMENTO |
|---|---|
| Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio - DDHT; | Dott.ssa Anna Maria Sanna |
| Dipartimento patologia acuta di Media intensità - DMI; | Dott. Luigi Presenti |
| Dipartimento per Donne e Minori - DDM; | Dott. Peppi Giangavino |
| Dipartimento di Bassa Intensità Assistenziale e cronicità - DBIA; | Dott. Giancarlo Tonolo |
| Dipartimento di Emergenza Clinica - DE; | Dott. Sebastiano Cudoni |
| Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze - DSMD; | Dott. Salvatore Carai |
| Dipartimento One Health della Prevenzione | Dott.ssa Rosalia Ragaglia |
| Dipartimento tecnico amministrativo | Ing. Paolo Tauro |

L'attivazione si è resa necessaria per presidiare le funzioni sanitarie e amministrative di competenza dell'ASL GALLURA, nelle more dell'adozione dei regolamenti per l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti aziendali e dei regolamenti di conferimento e graduazione degli incarichi dirigenziali per l'Area contrattuale della Dirigenza dell'Area Sanità e dell'Area PTA.

Con riferimento al Dipartimento di Area Amministrativa e allo Staff della Direzione Generale si precisa che a 14 mesi dall'entrata in vigore della riforma, anche la ASL GALLURA come tutte le altre ASL sta operando esclusivamente con le strutture amministrative istituite a suo tempo da ATS per le ex ASSL e quindi con due sole strutture - servizio giuridico-amministrativo e programmazione e controllo e dal 1 febbraio 2023 con il trasferimento da ARES dell'Area Tecnica. Allo stato preme rilevare che presumibilmente trascorrerà ancora tanto tempo prima dell'attivazione delle nuove strutture previste nell'atto aziendale in quanto sono necessari ancora parecchi adempimenti preliminari (finanziamento dei fondi, assunzione nuovo personale e approvazione regolamenti e adozione avvisi di selezione per l'attribuzione degli incarichi).

L'attribuzione avviene, infatti, ai sensi di quanto disposto dall'art. 70 e 71 CCNL 17/12/2020 attraverso il conferimento degli incarichi di struttura complessa, semplice o professionale.

3.2 Organizzazione del Lavoro Agile

La legge 7 agosto 2015, n. 124 recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" - c.d. riforma Madia - ha avviato una progressiva apertura del pubblico impiego a forme alternative e flessibili di rapporto di lavoro, ispirate all'obiettivo di conciliare i tempi di vita e i tempi di lavoro. In particolare, l'art. 14 della legge su citata ha previsto l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare "...misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera".

La legge 22 maggio 2017, n.81, recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", che al capo II (artt. 18-24) configura la disciplina del lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa è eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno, senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Detta disciplina si applica anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, in quanto compatibile, come previsto dall'articolo 18 comma 3 della medesima legge. n. 81/2017.

L'art.263 comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n°34 (c.d. Decreto rilancio) , convertito , con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020 n°77 modifica l'art.14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, focalizza l'attenzione sul Piano Organizzativo del lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance e stabilisce che *"entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a) , del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano. Il raggiungimento delle predette percentuali è realizzato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente. Le economie derivanti dall'applicazione del POLA restano acquisite al bilancio di ciascuna amministrazione pubblica"*.

Successivamente il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 settembre 2021 "Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni", il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica dell'8 ottobre 2021, il quale detta le modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, prescritto dal DPCM del 23 settembre 2021 su citato e rimodula i requisiti per l'applicazione del lavoro agile, la circolare 5 gennaio 2022, a firma congiunta dei Ministri per la pubblica amministrazione e del lavoro e delle politiche sociali, contenente ulteriori indicazioni operative sulle modalità di svolgimento del lavoro agile e infine lo schema di Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni.

Come specificato dalle linee guida del dipartimento della funzione pubblica il lavoro agile supera **la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino"**. Tale principio si basa sui diversi fattori: flessibilità dei modelli organizzativi autonomia nell'organizzazione del lavoro, responsabilizzazione sui risultati, tecnologie digitali e benessere del lavoratore.

Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie. Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile. Ma oltre alla digitalizzazione, le linee guida specificano, che le esperienze di successo mostrano come la vera chiave di volta sia l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito di ciascuno. Le amministrazioni quindi possono definire le attività compatibili con il lavoro agile e tenerne conto ai fini dell'accesso a tale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro da parte dei dipendenti che ne fanno richiesta. Ciascuna pubblica amministrazione, per agevolare l'adesione al lavoro agile è chiamata ad adottare misure specifiche volte a favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro attraverso un'organizzazione del lavoro non più incentrata sulla presenza fisica ma sui risultati obiettivamente misurabili e sulla performance e ad attuare, compatibilmente con l'organizzazione degli uffici e del lavoro, la disciplina in materia di lavoro agile a favore di coloro che si trovano in situazioni di svantaggio personale, sociale e familiare e dei dipendenti impegnati in attività di volontariato.

Durante le fasi più acute dell'emergenza pandemica il lavoro agile ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, in virtù dell'articolo 87, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con la legge 24 aprile 2020, n. 27. In questa maniera si è sicuramente consentito di garantire la continuità del lavoro in sicurezza per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni e, di conseguenza e per quanto possibile, la continuità dei servizi erogati dalle amministrazioni.

Tuttavia, risulta necessario porsi nell'ottica del superamento della gestione emergenziale individuando quale via ordinaria per lo sviluppo del lavoro agile nella pubblica amministrazione quella della contrattazione collettiva, come stabilito dal Patto per il lavoro pubblico e la coesione sociale del 10 marzo 2022

Con riferimento all'azienda sanitaria si tratta, sicuramente, di una rivoluzione culturale, in quanto proprio per la specificità dell'attività svolta, lo smart working riguarda il personale del ruolo amministrativo, alcune qualifiche del ruolo tecnico, in quanto sono escluse le attività socio-assistenziali e di cura che richiedono un contatto diretto con i pazienti, quelle da prestare su turni o che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabili da remoto ad eccezione di limitati casi (es. lavoratori fragili).

3.2.1 Modalità attuative e di sviluppo del lavoro agile

L'azienda sanitaria n.2 della Gallura intende attuare e sviluppare il lavoro agile in aderenza a quanto disposto dalle Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni; le suddette linee hanno l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

Più specificatamente delinea la modalità di svolgimento della prestazione lavorativa c.d. agile avendo riguardo al diritto alla disconnessione, al diritto alla formazione specifica, al diritto alla protezione dei dati personali, alle relazioni sindacali, al regime dei permessi e delle assenze ed alla compatibilità con ogni altro istituto del rapporto di lavoro e previsione contrattuale.

Allo stato attuale l'azienda specifica che le attività che possano essere espletate in modalità agile devono possedere specifici requisiti, ossia:

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

3.2.2 Gli impatti interni ed esterni del lavoro agile

In relazione alla fase di sperimentazione del lavoro agile ordinario appare opportuno sottolineare come sia necessario individuare le condizioni abilitanti del lavoro agile e, più specificatamente, individuare il presupposto che aumenta le probabilità di successo della suddetta misura organizzativa.

Nel caso del lavoro agile occorre innanzitutto menzionare un presupposto generale e imprescindibile, ossia l'orientamento dell'azienda sanitaria a migliorare i risultati di performance organizzativa e individuale.

Come specificato dalle Linee guida del Dipartimento della funzione pubblica gli altri fattori fanno riferimento ai livelli di stato delle risorse o livelli di salute dell'ente funzionali all'implementazione del lavoro agile. Si tratta di fattori abilitanti del processo di cambiamento che l'azienda dovrebbe

misurare prima dell'implementazione della policy e sui quali dovrebbe incidere in itinere o a posteriori, tramite opportune leve di miglioramento, al fine di garantire il raggiungimento di livelli standard ritenuti soddisfacenti.

Come indicato dalle suddette linee, l'ASL GALLURA, intende procedere a un'analisi preliminare del suo stato di salute, al fine di individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro agile, oltre che di eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo. In particolare, valuterà la:

- salute organizzativa
- salute professionale
- salute digitale.

| CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE | DIMENSIONI | INDICATORI | FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO 2023 | FASE DI SVILUPPO AVANZATO 2024 |
|---|---|--|---|--------------------------------|
| | CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE | SALUTE ORGANIZZATIVA | SALUTE ORGANIZZATIVA: Adeguatezza dell'organizzazione dell'azienda sanitaria all'introduzione del lavoro agile | |
| Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi, per progetti e per processi | | | SI | SI |
| Presenza di un coordinamento organizzativo del lavoro agile | | | NO | SI |
| Presenza di un sistema di monitoraggio del lavoro agile | | | NO | SI |
| Presenza di un Help desk informatico dedicato al lavoro agile | | | NO | SI |
| SALUTE PROFESSIONALE | | SALUTE PROFESSIONALE: Adeguatezza dei profili professionali dell'azienda sanitaria rispetto a quelli necessari | | |
| | | Competenze direzionali: capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione da parte del management | | |
| | | % Dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno | 60% | 100% |
| | | % Dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e per progetti per coordinare i collaboratori | 60% | 100% |
| | | Competenze organizzative: capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autorganizzarsi | | |
| | | % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno | 60% | 100% |
| | | Competenze digitali: capacità di utilizzare le tecnologie | | |
| | | % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno | 30% | 60% |
| % lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione | | 30% | 60% | |
| SALUTE DIGITALE | | SALUTE DIGITALE | | |
| | % di lavoratori agili che possono accedere al sistema VPN | 100% | 100% | |
| | % di lavoratori agili che utilizzano sistemi di collaboration (documenti in cloud) | 100% | 100% | |
| | % di applicativi consultabili in lavoro agile | 80% | 80% | |
| CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE | DIMENSIONI | INDICATORI | FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO 2023 | FASE DI SVILUPPO AVANZATO 2024 |
| | SALUTE ORGANIZZATIVA | SALUTE ORGANIZZATIVA: Adeguatezza dell'organizzazione dell'azienda sanitaria all'introduzione del lavoro agile | | |
| | | Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi, per progetti e per processi | SI | SI |
| | | Presenza di un coordinamento organizzativo del lavoro agile | NO | SI |
| | | Presenza di un sistema di monitoraggio del lavoro agile | NO | SI |
| | | Presenza di un Help desk informatico dedicato al lavoro agile | NO | SI |
| SALUTE PROFESSIONALE | SALUTE PROFESSIONALE: Adeguatezza dei profili professionali dell'azienda sanitaria rispetto a quelli necessari | | | |

| | | | | |
|--|---|--|------|------|
| | | Competenze direzionali: capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione da parte del management | | |
| | | % Dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno | 60% | 100% |
| | | % Dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e per progetti per coordinare i collaboratori | 60% | 100% |
| | | Competenze organizzative: capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autorganizzarsi | | |
| | | % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno | 60% | 100% |
| | | Competenze digitali: capacità di utilizzare le tecnologie | | |
| | | % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno | 30% | 60% |
| | % lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione | 30% | 60% | |
| | SALUTE DIGITALE | SALUTE DIGITALE | | |
| | | % di lavoratori agili che possono accedere al sistema VPN | 100% | 100% |
| % di lavoratori agili che utilizzano sistemi di collaboration (documenti in cloud) | | 100% | 100% | |
| % di applicativi consultabili in lavoro agile | | 80% | 80% | |

3.2.3 Obiettivi e indicatori del lavoro agile

Il lavoro agile non è un obiettivo in sé, ma una politica di change management, e lo stesso interviene sulle risorse (processi, persone e infrastrutture) per ottenere un miglioramento in termini di efficacia, efficienza ed economicità dei servizi alla collettività. Al fine di presidiare il monitoraggio delle politiche di lavoro agile nell'azienda sanitaria sono stati definiti i seguenti obiettivi e indicatori.

| DIMENSIONI | OBIETTIVO | INDICATORE |
|-------------------------------------|---|--|
| IMPLEMENTAZIONE LAVORO AGILE | Promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro per stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, con la finalità di incrementare la produttività e al contempo favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e accrescere il benessere organizzativo; | % di lavoratori agili effettivi |
| | | % giornate lavoro agile |
| | | Livello di soddisfazione di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti |
| EFFICIENZA | Riduzione delle giornate di assenza | % di assenze |
| | Riduzione dei tempi di lavorazione delle pratiche ordinarie | Numero di gg di elaborazione pratiche |
| ECOMICITÀ | | mq/dipendente |

| DIMENSIONI | OBIETTIVO | INDICATORE |
|------------|---|---|
| | Riduzione della presenza in ufficio dei dipendenti coinvolti con la finalità di ridurre i costi legati alla logistica | Riduzione costi utenze |
| EFFICACIA | Garantire un incremento della produttività | Numero di pratiche erogate in modalità agile |
| | Promuovere il benessere organizzativo del lavoratore agile | % di obiettivi individuali raggiunti |
| | Garantire l'incremento del grado di soddisfazione degli utenti dei servizi erogati in modalità agile | Grado di soddisfazione dell'utente del servizio erogato in modalità agile |

3.3 Piano Triennale dei fabbisogni del personale

L'art. 4 del D.Lgs. 25.5.2017 n. 75, modificando l'art. 6 del D.Lgs. n. 165/2001 e introducendo il nuovo art. 6-ter, ha innovato le disposizioni in materia di dotazioni organiche e piani dei fabbisogni del personale per le pubbliche amministrazioni. In particolare, l'art. 6 prevede che le amministrazioni adottino un Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) e l'art. 6-ter rimanda a un successivo decreto ministeriale l'approvazione di linee di indirizzo per la predisposizione dei piani suddetti. Tali linee di indirizzo, le quali contengono una sezione dedicata alle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, sono state adottate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione con Decreto del 08.05.2018 e pubblicate nella G.U.R.I. n. 173 del 27.07.2018.

Il D.M. del 08.05.2018 prevede che i PTFP delle Aziende sanitarie siano redatti in termini di valori finanziari di spesa oltre che del numero di "teste" e che rispettino i vincoli finanziari nazionali e regionali in materia di personale, pena il divieto di procedere a nuove assunzioni.

Il decreto prevede, inoltre, che i PTFP delle Aziende del SSN siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza.

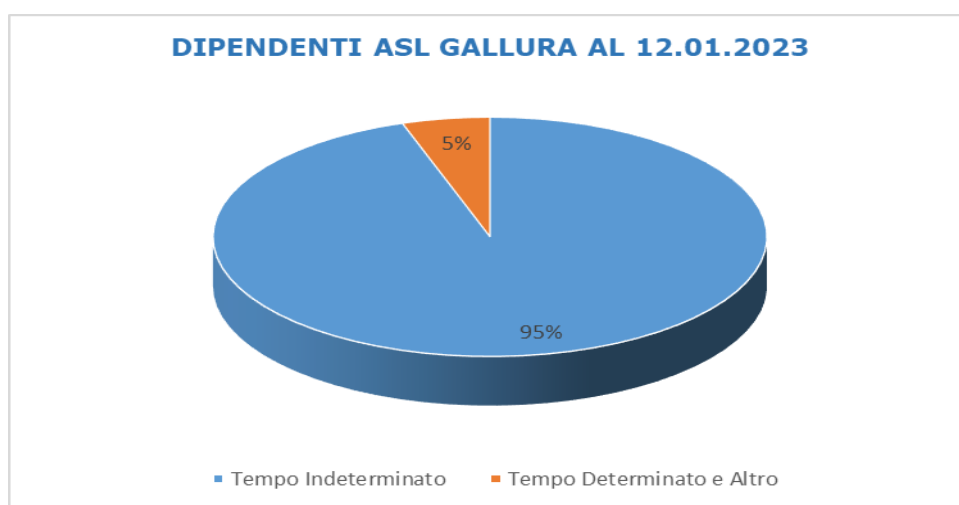
Il piano triennale dei fabbisogni di personale, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal d.lgs n. 75 del 2017, è uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e di assicurare, da parte delle amministrazioni destinatarie, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Pianificare il personale significa prevedere, in termini temporali, quantitativi e qualitativi, quali saranno le necessità di risorse umane nel medio periodo. La nuova metodologia per la definizione della programmazione dei fabbisogni di personale introdotta nel panorama legislativo nazionale dal decreto legislativo n. 75 del 2017, induce a una complessiva rivisitazione dell'approccio culturale nella ricerca di quelle condizioni di flessibilità che consentano all'Azienda di decidere in ordine al dimensionamento quali-quantitativo del proprio organico in ragione delle contingenze e delle emergenze interne ed esterne.

3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente

L'organico attuale rappresenta l'elemento fondamentale, caratterizzante e distintivo dell'Azienda socio-sanitaria n.2 della Gallura nel perseguimento della missione aziendale. Di seguito l'organico dell'azienda suddiviso per Ruolo e per tipologia contrattuale.

| PERSONALE ASL GALLURA AL 12.01.2023 | | | |
|--|----------------------------|----------------------------------|---------------|
| RUOLO | TEMPO INDETERMINATO | TEMPO DETERMINATO E ALTRO | Totale |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | 102 | 23 | 125 |
| RUOLO PROFESSIONALE | 1 | 1 | 2 |
| RUOLO SANITARIO | 1.061 | 40 | 1.101 |
| RUOLO TECNICO | 207 | 10 | 217 |
| TOTALE | 1.371 | 74 | 1.445 |



La tabella seguente riporta la distribuzione del Personale suddiviso per ruolo in base alla categoria di appartenenza al 31/12/2022:

| Descrizione Ruolo/Tipo dipendente | TEMPO DETERMINATO | TEMPO INDETERMINATO | Totale |
|--|--------------------------|----------------------------|---------------|
| RUOLO AMMINISTRATIVO | 23 | 102 | 125 |
| Comparto | 23 | 98 | 121 |
| Dirigenza | 0 | 4 | 4 |
| RUOLO PROFESSIONALE | 1 | 1 | 2 |
| Comparto | 1 | 1 | 2 |
| Dirigenza | | | |
| RUOLO SANITARIO | 40 | 1.061 | 1.101 |
| Comparto | 28 | 700 | 728 |
| Dirigenza | 12 | 361 | 373 |
| RUOLO TECNICO | 10 | 207 | 217 |
| Comparto | 10 | 207 | 217 |
| Dirigenza | | | |
| TOTALE COMPARTO | 62 | 1.006 | 1.068 |
| TOTALE DIRIGENZA | 12 | 365 | 377 |
| Totale complessivo | 74 | 1.371 | 1.445 |

Nell'analisi delle risorse umane, si riportano di seguito, gli indicatori dei caratteri quali-quantitativi relativi al personale e un'analisi di genere al 01/01/2023.

| Analisi caratteri qualitativi/quantitativi | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Dipendenti ATS | Numero al 01.01.2022 | Numero al 12.01.2023 | VARIAZIONE 2023-2022 |
| Numero totale dipendenti | 1.513 | 1.445 | -68 |
| Numero totale dipendenti ruolo sanitario | 1.159 | 1.101 | -58 |
| Numero totale dipendenti ruolo tecnico | 236 | 217 | -19 |
| Numero totale dipendenti ruolo professionale | 1 | 2 | 1 |
| Numero totale dipendenti ruolo amministrativo | 117 | 125 | 8 |
| Numero totale dipendenti altro ruolo (ex SGB) | 0 | 0 | 0 |
| Numero totale donne | 1.081 | 1.051 | -30 |
| Numero totale uomini | 432 | 394 | -38 |
| Età media del personale | 50 | 50 | 0 |
| Età media del personale a tempo indeterminato | 51 | 51 | 0 |
| Età media del personale non a tempo indeterminato | 39 | 41 | 2 |
| Numero totale dei dirigenti | 404 | 377 | -27 |
| Età media dei dirigenti | 52 | 53 | 1 |
| Età media dei dirigenti a tempo indeterminato | 53 | 53 | 0 |
| Età media dei dirigenti non a tempo indeterminato | 46 | 46 | 0 |
| Età media del personale dirigente femminile | 51 | 51 | 0 |
| Età media del personale dirigente femminile a t. indet. | 51 | 51 | 0 |
| Età media del personale dirigente femminile non a t. indet. | 44 | 43 | -1 |
| Età media del personale dirigente maschile a t. indet. | 56 | 55 | -1 |
| Età media del personale dirigente maschile non a t. indet. | 48 | 49 | 1 |
| Età media del personale dirigente maschile | 55 | 55 | 0 |
| % di dirigenti donne (sul totale dirigenti) | 61% | 62% | 0 |
| % di dirigenti uomini (sul totale dirigenti) | 39% | 38% | 0 |
| % di dirigenti donne (sul totale personale) | 16% | 16% | 0 |
| % di dirigenti uomini (sul totale personale) | 10% | 10% | 0 |
| Numero totale dipendenti a tempo indeterminato | 1.352 | 1.371 | 19 |
| Numero totale dipendenti a tempo indeterminato donne | 973 | 1.003 | 30 |
| Numero totale dipendenti a tempo indeterminato uomini | 379 | 368 | -11 |

3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane

Nella predisposizione del piano triennale del fabbisogno del personale (PTFP), l'Azienda si pone l'ambizioso obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi di performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione del Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti.

Il PTFP rappresenta infatti il fabbisogno effettivo di personale nei limiti delle risorse finanziarie effettivamente disponibili. Pertanto il PTFP, in primo luogo, contiene le previsioni di spesa non superiori alle risorse previste nel Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l'anno 2023-2025. Si precisa altresì che il BEP unitamente al corrispondente modello CE, rispetta i tetti di spesa previsti dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali in materia quali quelli applicabili al personale dipendente, ai contratti di somministrazione e ai contratti a tempo determinato.

Il PTFP è redatto secondo gli schemi Prospetto 1 e 2 riportati dalla delibera RAS n°46/42 del 22/11/2019.

Il PTFP è organizzato per ruolo (amministrativo, professionale, tecnico e sanitario) e dettagliato per profilo professionale.

Il ruolo sanitario riporta separatamente la dirigenza sanitaria non medica e la dirigenza medica e, quest'ultima, è dettagliata per disciplina.

I valori relativi alle teste sono espressi in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE). I valori in termini di costo sono indicati al netto degli oneri accessori, dell'IRAP e dei fondi contrattuali, e tali informazioni sono indicate nel prospetto n. 2.

Per le cessazioni e assunzioni previste in corso d'anno il numero di teste è indicato per intero mentre i costi/risparmi sono riportati pro-quota.

Lo schema per la quadratura finanziaria di cui al prospetto n. 2 (personale dipendente) consente la quadratura con la corrispondente voce del modello CE, ovvero la voce BA2080 per il personale dipendente. Nel prospetto n. 2, oltre al costo complessivo relativo ai posti coperti al 31/12 riportato nel prospetto n. 1, sono indicati gli oneri accessori, i fondi contrattuali e le eventuali altre voci a carico del bilancio aziendale.

Per il dettaglio delle voci indicate nel Prospetto 1 e 2 si rimanda all'allegato 3.

3.3.3 Strategia di copertura del fabbisogno

I fabbisogni relativi a questa programmazione sono ovviamente da intendersi modificabili alla luce dell'organizzazione aziendale che sarà definita con il nuovo atto aziendale – in fase di definizione - e alla luce dei futuri possibili piani di sviluppo che potrebbero essere necessari in funzione dei cambi di strategia aziendali.

Tenuto conto delle frequenti situazioni di carenza di organico per le quali le forme di reclutamento ordinarie risultano inadeguate sia dal punto di vista dell'esistenza di graduatorie che della tempestività degli ingressi in relazione alle esigenze, ai fini della garanzia della continuità dei servizi, l'ulteriore strumento al quale l'Azienda può ricorrere è l'attivazione di specifici progetti di attività aggiuntiva. Le tabelle seguenti rappresentano la sintesi della strategia di copertura del fabbisogno triennale di personale, per il triennio 2023-2025, con il dettaglio del numero di teste, costo tabellare e percentuale suddiviso per ruolo di appartenenza, tuttavia, si precisa che allo stato attuale tale documento è ancora in fase di definizione.

| PTFP 2023-2025 - NUMERO TESTE E COSTI PER RUOLO | | | | | | |
|---|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|
| RUOLO | AL 31.12.2023 | | AL 31.12.2024 | | AL 31.12.2025 | |
| | TESTE | COSTI | TESTE | COSTI | TESTE | COSTI |
| SANITARIO | 1.220 | 41.984.307 | 1.249 | 44.895.544 | 1.249 | 45.429.443 |
| PROFESSIONALE | 3 | 80.667 | 3 | 119.721 | 3 | 119.721 |
| TECNICO | 234 | 4.791.047 | 233 | 5.043.343 | 233 | 5.041.789 |
| AMMINISTRATIVO | 145 | 3.143.882 | 144 | 3.451.531 | 144 | 3.445.525 |
| TOTALE | 1.602 | 49.999.903 | 1.629 | 53.510.139 | 1.629 | 54.036.478 |

| PTFP 2023-2025 - NUMERO TESTE PER RUOLO | | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| % RUOLI | AL 31.12.2023 | | AL 31.12.2024 | | AL 31.12.2025 | |
| | TESTE | % SUL TOTALE | TESTE | % SUL TOTALE | TESTE | % SUL TOTALE |
| SANITARIO | 1.220 | 76,15% | 1.249 | 76,67% | 1.249 | 76,67% |
| PROFESSIONALE | 3 | 0,19% | 3 | 0,18% | 3 | 0,18% |
| TECNICO | 234 | 14,61% | 233 | 14,30% | 233 | 14,30% |
| AMMINISTRATIVO | 145 | 9,05% | 144 | 8,84% | 144 | 8,84% |
| COMPARTO | 1.180 | 73,66% | 1.197 | 73,48% | 1.197 | 73,48% |
| DIRIGENZA | 422 | 26,34% | 432 | 26,52% | 432 | 26,52% |
| TOTALE | 1.602 | 100% | 1.629 | 100% | 1.629 | 100% |

3.3.4 Formazione del personale

La formazione intesa come sviluppo professionale del personale è un asset strategico dell'Azienda che ha il fine di supportare il personale nell'operatività quotidiana, permettendo il raggiungimento di elevati livelli di efficacia e qualità, promuovendo un clima di lavoro positivo e collaborativo e contribuendo alla cultura di genere.

La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze, volto al miglioramento continuo della organizzazione, all'umanizzazione dei Servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale, alla realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale.

La formazione contribuisce in modo determinante alla diffusione della cultura della tutela della salute e ad assicurare un'offerta di servizi sanitari efficienti, efficaci ed appropriati.

La Legge Regionale di riforma sanitaria del SSR n. 24 del 11 settembre 2020 colloca la formazione nella costituenda ARES.

La SC Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo nel Piano Formativo 2023 ha previsto specifiche iniziative di formazione nei seguenti ambiti:

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

Tutta l'attività formativa proposta per il 2023 rispetta i criteri previsti dal modello regionale di accreditamento dei provider della Sardegna, così come definito dalla D.G.R. 4/14 del 5.2.2014 e dalla D.G.R. 31/15 del 19.6.2018

La SC Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo programma attività formative che garantiscano pari opportunità a tutti i dipendenti, che siano sostenibili nei costi e di dimostrata efficacia.

Le aree della formazione che si intendono sviluppare nel corso del 2023 possono essere identificate sostanzialmente con:

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

Si ritiene prioritario, per la sua valenza strategica e per il raggiungimento di validi obiettivi di salute dei cittadini, la prosecuzione di percorsi formativi legati alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, al rischio clinico, all'emergenza urgenza, alla sicurezza sul lavoro, al possesso dei requisiti organizzativi richiesti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie aziendali e alla realizzazione/gestione di procedure operative aziendali e di servizio.

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

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

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

Nel 2023 la gran parte dell'attività formativa sarà realizzata in house con la collaborazione anche di strutture esterne avanzate nel campo della simulazione e delle nontechnical skills, e si svilupperà attraverso corsi residenziali interattivi e corsi di formazione sul campo.

L'allegato 4 evidenzia i corsi di formazione specifici per l'ASL GALLURA.

3.4 Pari opportunità e Piano delle azioni positive

Il tema delle pari opportunità costituisce un elemento di fondamentale importanza nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane e ancor più nelle pubbliche amministrazioni, dove si caratterizza come elemento trasversale per il perseguimento della missione e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo.

Il tema delle pari opportunità va comunque esaminato non solo nell'ambito della prospettiva interna ed esterna dell'azienda ma analizzando anche le diverse dimensioni del tema, quali genere, razza ecc.

L'art. 21 della legge n. 183 del 04/11/2010, recante "Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora ed assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche", in conformità alla Direttiva del 04/03/2011, emanata di concerto, dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, avente ad oggetto: "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", ha previsto che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il **Comitato Unico di Garanzia** al fine di dare attuazione ad apposite valutazioni sul livello di sensibilità dei bisogni rilevati rispetto a possibili discriminazioni (di genere, disabilità, razza, etnia, gruppi sociali ed altro ancora).

L'ASL GALLURA intende promuovere il miglioramento continuo in termini di contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza, il benessere organizzativo, lo sviluppo delle politiche di conciliazione e le pari opportunità di cultura e di genere per tutti i suoi dipendenti.

Tenuto conto della riorganizzazione di cui alla legge regionale n.24 dell'11 settembre 2020 attualmente in corso l'ASL GALLURA provvederà entro breve tempo alla nomina del Comitato Unico di Garanzia (CUG).

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG), per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dura in carica quattro anni, ha una composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un numero pari di rappresentanti dell'Amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti, al fine di assicurare la presenza paritaria di entrambi i generi e da un Presidente designato dall'Amministrazione.

Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro, consentendo il miglioramento dell'efficienza delle prestazioni mediante la garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori. Al Comitato sono attribuiti tutti i compiti propositivi, consultivi e di verifica negli interventi per concorrere alla tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro (artt. 8-9 D.Lgs 81/08 e succ. modifiche e integrazioni) garantendo pari opportunità, benessere organizzativo e sicurezza, rendendo efficace e efficiente l'organizzazione dell'azienda.

Il 28 febbraio 2023 la Asl Gallura ha indetto una manifestazione d'interesse rivolta al Personale del Comparto, della Dirigenza Medica, Tecnica e Amministrativa per la designazione dei

componenti titolari e supplenti del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità e la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Possono presentare domanda tutti i dipendenti a tempo indeterminato ed in servizio alla data di emissione dell'avviso appartenenti all'area del comparto e della dirigenza dell'Asl n. 2 Gallura; Costituiranno elementi preferenziali il possesso di adeguate conoscenze nelle materie del C.U.G. e/o nell'ambito delle pari opportunità, mobbing, contrasto alle discriminazioni, rilevabili attraverso il percorso formativo o professionale, e di adeguate attitudini relazionali e motivazionali.

3.4.1 Piano delle azioni positive

Il Piano di azioni positive è lo strumento per poter attuare le politiche di genere di tutela dei lavoratori diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane. È importante considerare che le pubbliche amministrazioni ricoprono un importante ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione nelle politiche del personale, sia nell'ambito del reclutamento e della gestione del personale, che della formazione e della cultura organizzativa.

Al fine di perseguire la promozione e l'attuazione delle pari opportunità con il Piano delle azioni positive intende raggiungere i seguenti obiettivi:

Contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza

Al fine di evitare situazioni conflittuali determinate, ad esempio, da pressioni o molestie sessuali, casi di mobbing, atteggiamenti mirati ad avvilire il/la dipendente anche in forma indiretta, nonché atti vessatori correlati alla sfera privata della lavoratrice o del lavoratore, si rende opportuno individuare azioni specifiche con l'obiettivo di tutelare il/la dipendente nell'ambiente di lavoro. A questo scopo l'azienda intende definire, con la collaborazione anche della Consigliera Regionale di Parità nonché delle RSU e OO.SS., un Codice di condotta che integri e ricomprenda "Buone Prassi" da osservare per la prevenzione o la rimozione di situazioni di discriminazione, violenza sessuale, morale e/o psicologica; prevedere nel Codice di Condotta la nomina di Consigliere/a di Fiducia allo scopo di garantire ai dipendenti un adeguato supporto nei casi di segnalazione di situazioni di disagio e infine definire, in collaborazione con le strutture aziendali e con il Servizio Prevenzione e Protezione, la mappatura dei luoghi aziendali soggetti a maggiori rischi da aggressione da parte di persone esterne all'ente (ad esempio: Pronto soccorso; SERD; CSM; Punti di Guardia Medica) e l'articolazione di specifiche misure protettive al riguardo.

Si richiama a tal proposito il Decreto n. 29 del 30 luglio 2018 dell'Assessorato dell'igiene, sanità e assistenza sociale avente ad oggetto l'istituzione di un tavolo Regionale di coordinamento della rete contro la violenza di genere per la prevenzione, il contrasto delle discriminazioni e stereotipi legati ai ruoli di genere e al sessismo, rafforzamento del sistema di protezione delle donne vittima di violenza e il potenziamento delle attività di sostegno alle stesse.

Benessere Organizzativo

Il "*benessere organizzativo*" riguarda la qualità della relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro. Produrre benessere organizzativo significa, per una organizzazione, promuovere e

mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale in ciascun lavoratore in ogni tipo di occupazione.

È dimostrata la correlazione fra questi ambiti ed un più elevato livello di salute e di minor stress, da cui conseguono minori assenteismo e malattia. È ormai convinzione diffusa che un ambiente professionale attento anche alla dimensione privata e alle relazioni familiari produca maggiore responsabilità e produttività. L'azione dell'azienda è impegnata nell'applicazione dei vari istituti relativi all'organizzazione del lavoro e alla flessibilità dell'orario di lavoro nei confronti di tutti i lavoratori, ispirandosi a criteri di equità e imparzialità, in un quadro che contemperisce le esigenze del dipendente con le necessità di funzionalità organizzativa dell'Azienda con l'obiettivo di promuovere e garantire le corrette condizioni lavorative per tutti i dipendenti.

Politiche di conciliazione

La tematica ricorrente della difficoltà della conciliazione dei tempi di vita familiare e di lavoro dei/delle dipendenti, ha come problema predominante quello della gestione e dell'accudimento dei figli soprattutto nei primi anni di vita, dei familiari anziani o delle persone con disabilità. In particolare in ambito ospedaliero dove è necessario conciliare i tempi di lavoro professionale non solo con le esigenze di vita private e familiari ma anche con la necessità di cure dei pazienti. Pertanto si rende necessario individuare soluzioni che agevolino le/ i dipendenti nel loro ruolo di genitori e lavoratori professionali. L'azienda intende favorire i dipendenti nell'individuazione di strumenti normativi e regolamentari che consentono di migliorare la conciliazione della vita familiare con quella lavorativa attraverso la diffusione e il costante aggiornamento della normativa in materia di tutela della maternità e paternità.

Promozione delle pari Opportunità e della cultura di genere

Il concetto di pari opportunità riassume l'intento di garantire uguali condizioni e prospettive a tutti i dipendenti, attraverso la definizione di politiche e iniziative finalizzate alla rimozione degli ostacoli che impediscono un'effettiva parità.

Il Piano delle Azioni Positive si propone di superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera, ovvero nel trattamento economico e retributivo; di favorire la crescita professionale e di carriera promuovendo l'inserimento delle donne nei settori di attività, nei livelli professionali e nelle posizioni apicali di coordinamento, in cui eventualmente siano sottorappresentate; di intervenire nella cultura di gestione delle risorse umane all'interno dell'organizzazione dell'azienda, favorendo il cambiamento e la realizzazione di interventi specifici, verso forme di sviluppo delle competenze e del potenziale professionale di donne e uomini e infine di favorire, attraverso una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio fra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione tra i due sessi, garantendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione e affermazione di condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale.

L'azienda intende favorire da un lato l'informazione e la sensibilizzazione sui compiti e gli obiettivi del C.U.G al fine di facilitare l'accessibilità e la diffusione delle informazioni e al contempo

valorizzare il ruolo e l'attività dello stesso, e dall'altro favorire l'attivazione di percorsi formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

3.4.2 Azioni e obiettivi

L'azienda si adopererà per garantire il raggiungimento degli obiettivi, indicati nella seguente tabella, attraverso un dettagliato crono programma da condividere con tutti i soggetti coinvolti con riunioni periodiche, anche al fine di rilevare le eventuali criticità durante la vigenza del Piano. A fine anno è prevista la stesura di una Relazione sullo stato di attuazione delle azioni del Piano a cura del C.U.G. Nel corso del triennio, con appositi provvedimenti deliberativi, le azioni e gli obiettivi previste potranno essere modificate, integrate ed ampliate sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che potranno emergere.

| AZIONE | OBIETTIVO | INDICATORE |
|---|---|---|
| Contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza | Predisposizione e adozione del Codice di Condotta contro le molestie sessuali e morali per la tutela della dignità delle persone | Delibera di adozione del Codice di comportamento entro giugno 2023 |
| Benessere Organizzativo | Garantire la realizzazione di un'indagine per la rilevazione del livello di benessere organizzativo, rivolta ad acquisire ogni informazione utile sullo stato di salute della condizione lavorativa nell'ASL GALLURA | Rilevazione del livello di benessere organizzativo entro il 31/12/2023 |
| Politiche di conciliazione | Garantire adeguata pubblicità attraverso la rete INTRANET e il costante aggiornamento della normativa in materia di tutela della maternità e paternità. | Aggiornamento INTRANET aziendale |
| | Garantire la partecipazione dei dipendenti ai corsi di formazione e aggiornamento professionale attraverso la promozione dell'utilizzo di modalità organizzative idonee a favorirne la partecipazione e consentire la conciliazione tra vita professionale e vita familiare | % corsi di formazione in modalità FAD sincrona e asincrona |
| Promozione delle pari Opportunità e della cultura di genere | Promuovere l'attivazione di percorsi formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro | % di percorsi formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro |

Sezione 4 Monitoraggio

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC, al fine di intervenire con gli eventuali correttivi che si dovessero rendere necessari per ciascuno degli ambiti sopra riportati.

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

1. Valore Pubblico dell'ASL GALLURA – SC Data Management-programmazione e controllo di gestione - Struttura Tecnica Permanente - Staff Direzione Generale;

2. Performance – SC Data Management-programmazione e controllo di gestione - Struttura Tecnica Permanente - Staff Direzione Generale;
3. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT, SC Affari Generali –Capitale Umano – Dipartimento Area Amministrativa;
4. Lavoro Agile – SC Affari Generali –Capitale Umano – Dipartimento Area Amministrativa;
5. Piano Triennale dei Fabbisogni del personale - SC Data Management-programmazione e controllo di gestione - Struttura Tecnica Permanente - Staff Direzione Generale;
6. Piano delle Azioni Positive - SC Affari Generali –Capitale Umano – Dipartimento Area Amministrativa;

ALLEGATI

- Allegato 1 Obiettivi, indicatori e target;
- Allegato 2 Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza;
- Allegato 3 Piano triennale del fabbisogno del personale;
- Allegato 4 Piano formazione.