

Allegato A

# Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 ASL DI ORISTANO



## Sommario

<b>Premessa</b> .....	3
<b>Sezione I – Scheda anagrafica dell’amministrazione</b> .....	4
A. Elementi identificativi dell’azienda sanitaria.....	4
B. Analisi del contesto .....	5
C. I servizi e le attività nel territorio .....	8
<b>Sezione II – Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione</b> .....	28
A. Valore Pubblico .....	28
B. Performance.....	75
C. Rischi corruttivi e trasparenza .....	76
<b>Sezione III: Organizzazione e Capitale Umano</b> .....	105
A. Struttura organizzativa .....	105
B. Organizzazione del lavoro agile.....	111
C. Il Piano triennale dei Fabbisogni di personale .....	120
<b>Sezione IV – Monitoraggio</b> .....	123

## **Premessa**

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

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

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

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

## Sezione I – Scheda anagrafica dell'amministrazione

### A. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria

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

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

Il Logo aziendale è:



## B. Analisi del contesto

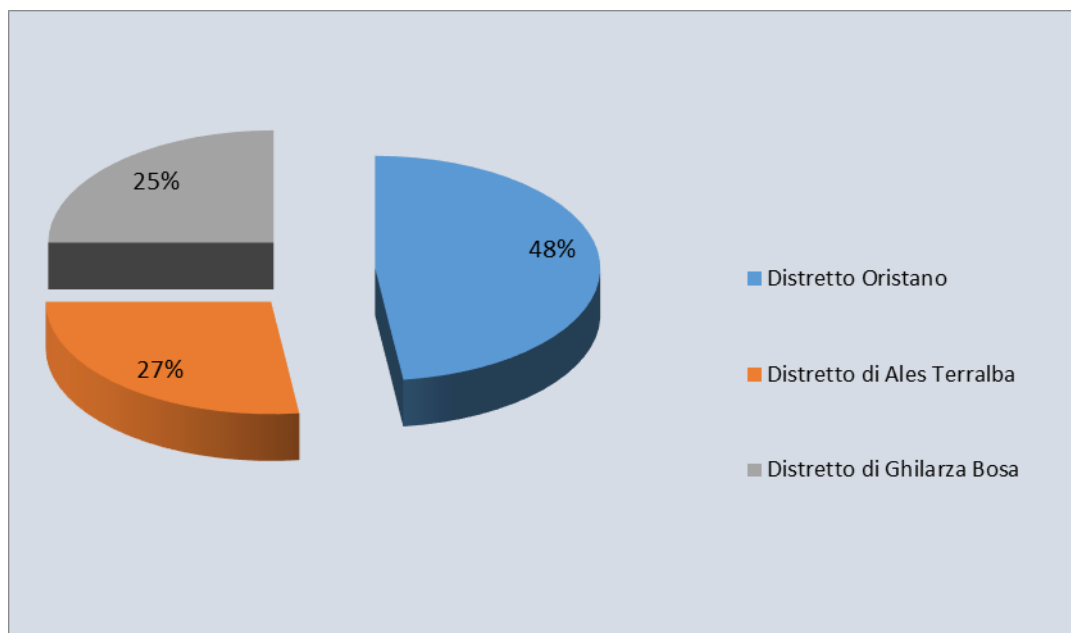
L'ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano e comprende 88 Comuni con una estensione di 3.040 Km<sup>q</sup> e una popolazione residente all'01.01.2023 di 151.089 abitanti per una densità abitativa di 49,70 abitanti.

Di seguito l'elenco dei comuni con popolazione al 01.01.2023.

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	Pop.	Comune	Pop.	Comune	Pop.
Allai	357	Albagiara	241	Abbasanta	2.585
Baratili San Pietro	1.220	Ales	1.267	Aidomaggiore	395
Bauladu	632	Arborea	3.746	Ardauli	764
Cabras	8.749	Assolo	342	Bidonì	126
Milis	1.396	Asuni	303	Bonarcado	1.525
Narbolia	1.666	Baradili	78	Boroneddu	150
Nurachi	1.683	Baressa	559	Bosa	7.488
Ollastra	1.129	Curcuris	302	Busachi	1.153
Oristano	30.447	Genoni	764	Cuglieri	2.468
Palmas Arborea	1.483	Gonnoscodina	433	Flussio	412
Riola Sardo	2.040	Gonnosnò	708	Fordingianus	831
Samugheo	2.757	Gonnostramatza	808	Ghilarza	4.181
Santa Giusta	4.643	Laconi	1.674	Magomadas	602
San Vero Milis	2.423	Marrubiu	4.611	Modolo	170
Siamaggiore	870	Masullas	1.006	Montresta	438
Siamanna	766	Mogorella	408	Neoneli	608
Siapiccia	347	Mogoro	3.907	Norbello	1.125
Simaxis	2.136	Morgongiori	661	Nughedu Santa Vittoria	433
Solarussa	2.283	Nureci	314	Paulilatino	2.116
Tramatza	932	Pau	274	Sagama	191
Villanova Truschedu	286	Pompu	219	Santu Lussurgiu	2.217
Villaurbana	1.468	Ruinas	600	Scano di Montiferro	1.404
Zeddiani	1.130	San Nicolò d'Arcidano	2.490	Sedilo	1.955
Zerfaliu	1.000	Senis	406	Seneghe	1.643
		Simala	284	Sennariolo	156
		Sini	441	Soddì	123
		Siris	227	Sorradile	344
		Terralba	9.734	Suni	977
		Uras	2.675	Tadasuni	138
		Usellus	710	Tinnura	246
		Villa Sant'Antonio	330	Tresnuraghes	1.020
		Villa Verde	277	Ulà Tirso	463
<b>TOTALE</b>	<b>71.843</b>	<b>TOTALE</b>	<b>40.799</b>	<b>TOTALE</b>	<b>38.447</b>

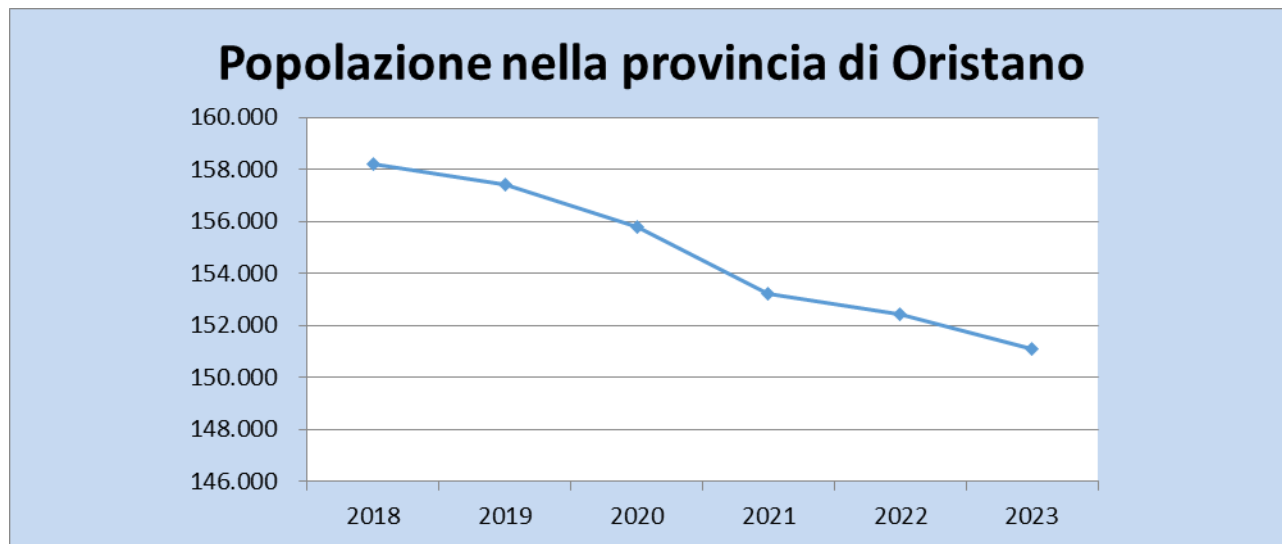
Fonte dati: GeoDemo ISTAT all'01.01.2023 (dati del mese di gennaio 2024)

La distribuzione della popolazione nel territorio provinciale è la seguente:

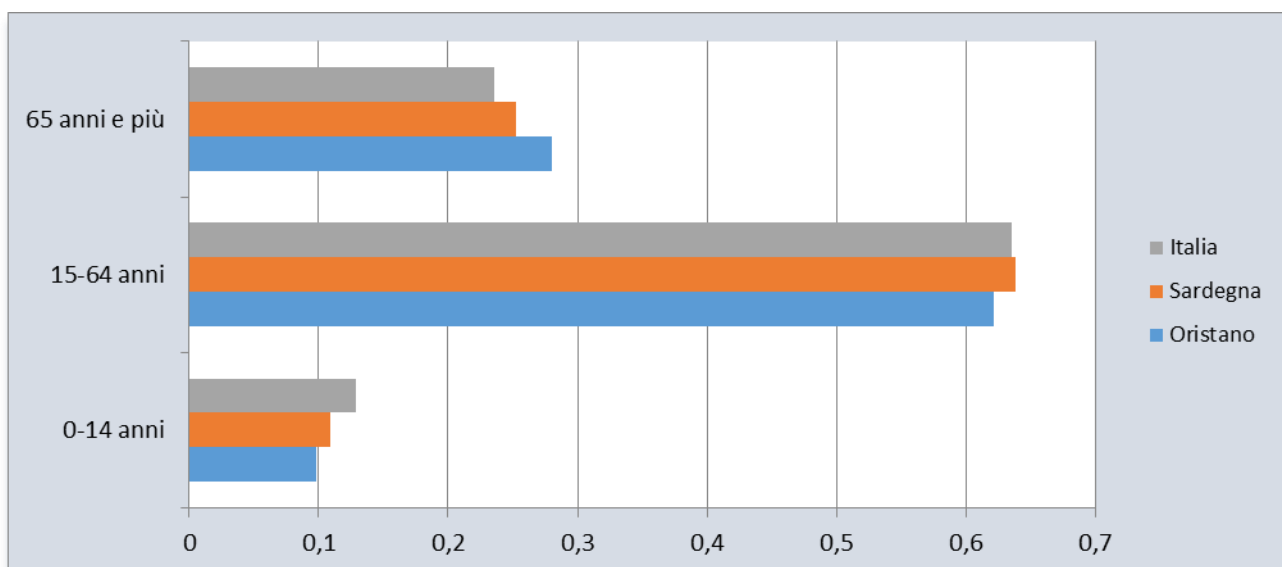


Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2023

La comparazione dei dati demografici degli ultimi due anni (2022-2023) evidenzia una brusca diminuzione della popolazione residente di 1.337 individui.



Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2023



Struttura della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2023

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Totale popolazione	151.089	<b>1.578.146</b>	58.997.201
Popolazione 0-14 anni	14.273	<b>163.844</b>	7.344.099
Popolazione 15-64 anni	93.091	<b>1.000.179</b>	37.471.805
Popolazione 65 anni e più	43.725	<b>414.123</b>	14.181.297
Indice di invecchiamento	28,94%	<b>26,24%</b>	24,04%
Indice di vecchiaia	306,35%	<b>252,75%</b>	193,10%
Indice di dipendenza strutturale	62,30%	<b>57,79%</b>	57,44%
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	46,97%	<b>41,40%</b>	37,85%

Elaborazioni su Indicatori strutturali Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2023

Tra i tanti fenomeni collegati al processo di trasformazione demografica, si distingue il costante invecchiamento della popolazione, indicatore non solo del crescente fenomeno dell'allungamento della vita e quindi della riduzione della mortalità in età avanzata, ma anche dello scarso rinnovamento generazionale. Tale fenomeno è evidenziato dalla lettura congiunta dei seguenti indicatori.

L'indice di invecchiamento<sup>1</sup> risulta al di sopra del valore regionale e nazionale denotando una maggiore incidenza degli ultra-sessantacinquenni rispetto alla popolazione residente. La popolazione anziana totale risulta pari a 43.725 unità (28,94% sul totale).

L'indice di vecchiaia<sup>2</sup> risulta molto alto sia rispetto al dato regionale ma soprattutto rispetto al dato nazionale; si registrano 306 anziani ogni 100 giovani.

<sup>1</sup> (Rapporto percentuale tra la popolazione anziana (≥ 65 anni) e il totale della popolazione, moltiplicato per 100)

<sup>2</sup> (Rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100)

L'indice di dipendenza strutturale<sup>3</sup> e l'indice di dipendenza strutturale degli anziani, rappresentano rispettivamente il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) su quella attiva (15-64 anni). Anch'essi per il territorio della Provincia di Oristano (62,30%) risultano essere superiori rispetto ai dati regionali e nazionali. Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% denota la presenza di uno squilibrio generazionale.

### C. I servizi e le attività nel territorio

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

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>3</sup> (Rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e  $\geq 65$  anni) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100 - Rapporto tra la popolazione  $\geq 65$  anni e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100



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

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

Tale situazione comporta una forte migrazione dei cittadini verso le ASL limitrofe soprattutto per i residenti nei territori di confine provinciale.

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

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE	
<b>Distretto di Oristano</b>		9 punti di guardia medica (+2 nel periodo estivo)		
		37 Medici di Medicina Generale		
		3 Pediatri di Libera Scelta		
		1 Presidio Ospedaliero PO San Martino	1 Casa di Cura Madonna del Rimedio (attività di degenza e specialistica ambulatoriale)	
		1 Centro di Salute Mentale	1 Centro polispecialistico	
		1 Poliambulatorio	3 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	2 Laboratori analisi	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	2 Studi di Radiologia	
		1 Punto di soccorso avanzato 118	1 Studio di Cardiologia	
		1 SER.D		
		1 SISP - Vaccini Covid-Oristano		
		1 Pres. Pneumotisiologico		
		1 Consultorio		
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)		
		1 Centro FKT		
		1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78		
		1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza		
		1 Hospice Residenziale e Ambulatoriale		
		1 Servizio di Farmacia territoriale		
		1 Centro Dialisi		
		<b>Samugheo</b>	1 Poliambulatorio	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
			1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		<b>Cabras</b>	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	<b>Simaxis</b>	1 Ambulatorio Igiene Pubblica		

	<b>Nurachi</b>	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	<b>Palmas Arborea</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	<b>Milis</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale – Assistenza agli Anziani
	<b>Tramatza</b>	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	<b>Siamanna</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	<b>Santa Giusta</b>		1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica

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

COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE
	8 Punti di Guardia Medica (+1 nel periodo estivo)	
	20 Medici di Medicina Generale	
	5 Pediatri di Libera Scelta	
<b>Ghilarza</b>	1 Presidio Ospedaliero PO Delogu	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
	1 Poliambulatorio	1 Ambulatorio e Laboratorio – Attività Clinica + Assistenza NPIA
	1 Ospedale di Comunità Ghilarza	
	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	1 Centro FKT	
	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
	1 Centro di Salute Mentale	
	1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
	1 Consultorio	
	1 Servizio di Farmacia territoriale	
	1 Centro Dialisi ad attività limitata	
	<b>Cuglieri</b>	1 Ambulatorio Igiene Pubblica
1 Ufficio del Servizio Veterinario		
1 Poliambulatorio		
1 Centro FKT		
1 Consultorio		
<b>Santu Lussurgiu</b>	1 Poliambulatorio	
	1 Consultorio	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
<b>Busachi</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
	1 Poliambulatorio	
	1 Consultorio	
<b>Abbasanta</b>		1 Laboratori analisi
		1 Struttura Semiresidenziale - Assistenza Psichiatrica
<b>Fordongianus</b>		1 Centro Termale
<b>Suni</b>		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
<b>Bonarcado</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
<b>Sedilo</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
<b>Paulilatino</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
<b>Bosa</b>	1 Presidio Ospedaliero PO Mastino	
	1 Poliambulatorio	
	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	1 Consultorio	
	1 Centro FKT	
	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
	1 Centro di Salute Mentale	
	1 Servizio di Farmacia territoriale	
1 Centro Dialisi ad attività limitata		

Dati all'01.10.2023

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





DISTRETTO DI ORISTANO

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




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


DISTRETTO DI  
ALES - TERRALBA



 Punto di soccorso Avanzato 118

 Casa della Salute

 Poliambulatorio

 Ambulatorio di igiene pubblica


 Ufficio del Servizio veterinario


 Servizio di farmacia territoriale


 Consultorio

 Guardia medica

 Neuropsichiatria infanzia e Adolescenza (NPJA)

 Centro di salute mentale

 Struttura residenziale Assistenza tossicodipendenti e alcolodipendenti

 Struttura residenziale Assistenza Psichiatrica + NPJA

## Alcuni dati di attività dell' Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica

ATTIVITA' VACCINALE				
<b>Numerosità della coorte 2019/2020 (denominatore):</b>	<b>751</b>		<b>731</b>	
<b>Vaccino</b>	<b>Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2021</b>	<b>% rispetto alla coorte</b>	<b>Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2022</b>	<b>% rispetto alla coorte</b>
Polio <sup>(a)</sup>	<b>708</b>	94,3%	<b>681</b>	93,2%
Difterite <sup>(a)</sup>	<b>708</b>	94,3%	<b>682</b>	93,3%
Tetano <sup>(a)</sup>	<b>708</b>	94,3%	<b>682</b>	93,3%
Pertosse <sup>(a)</sup>	<b>708</b>	94,3%	<b>682</b>	93,3%
Epatite B <sup>(a)</sup>	<b>708</b>	94,3%	<b>678</b>	92,7%
Haemophilus influenzae tipo b <sup>(b)</sup>	<b>708</b>	94,3%	<b>677</b>	92,6%
Morbillo <sup>®</sup>	<b>703</b>	93,6%	<b>678</b>	92,7%
Parotite <sup>(c)</sup>	<b>703</b>	93,6%	<b>678</b>	92,7%
Rosolia <sup>(c)</sup>	<b>703</b>	93,6%	<b>678</b>	92,7%
Varicella <sup>(c)</sup>	<b>703</b>	93,6%	<b>674</b>	92,2%
Meningococco C coniugato <sup>(b)</sup>	<b>654</b>	87,1%	<b>643</b>	88,0%
Pneumococco coniugato <sup>(b)</sup>	<b>682</b>	90,8%	<b>665</b>	91,0%

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età

(c) 1<sup>a</sup> dose entro 24 mesi

### Altri vaccini somministrati, anche se non inseriti nel calendario della Regione/P.A.

<b>Vaccino</b>	<b>Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2021</b>	<b>Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2022</b>
Epatite A	<b>1</b>	<b>1</b>
Rotavirus	<b>540</b>	<b>576</b>
Meningococco B	<b>538</b>	<b>567</b>
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	<b>654</b>	<b>637</b>
<b>Vaccino</b>	<b>Numero prime/secondo dosi al 31/12/2021</b>	<b>Numero prime/secondo dosi al 31/12/2022</b>
MPRV: prima dose	<b>700</b>	<b>678</b>
MPRV: seconda dose <sup>(d)</sup>	<b>0</b>	<b>4</b>

(d) nei casi in cui la seconda dose venga anticipata, rispetto all'età prevista nel calendario vaccinale



Cicli vaccinali anti HPV completati al 31/12/2022

**Vaccinazione anti-HPV Femmine**

Coorte dell'anno	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
<b>Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV=solo Femmine)</b>	611	534	571	591	529	621	593	601	628	652	645	647	633	662	664
<b>Vaccino</b>	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
HPV (prima dose)	390	338	487	476	410	457	480	481	510	552	540	571	545	594	476
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	275	215	316	385	362	416	437	432	480	534	508	529	514	557	449
<b>% rispetto alla coorte (bambine)</b>	45%	40%	55%	65%	68%	67%	74%	72%	76%	82%	79%	82%	81%	84%	68%

**Vaccinazione anti-HPV Maschi**

Coorte dell'anno	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
<b>Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV=solo Maschi)</b>	604	632	644	567	635	631	578	602	632	630	660	685	679	506	703
<b>Vaccino</b>	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
HPV (prima dose)	338	337	424	353	362	86	18	19	7	3	3	3	1	2	0
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	223	227	289	271	298	56	14	13	6	3	3	3	0	1	0

*Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano*

Vaccinazione antinfluenzale	2019	2020	2021	2022
Coorte (anziani >=65 anni)	61.992	64.504	67.016	43.300
Numero Vaccinazioni antinfluenzali anziani >=65 anni	8.370	7.216	14.820	15.314
<b>% rispetto alla coorte</b>	14%	11%	22%	35,37%
<i>Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna.</i>				

*Gli Screening Oncologici*

Tipologia di Screening anni 2022-2023	popolazione target	Inviti	% estensione (inviti sul target)	aderenti agli inviti	% adesioni	% copertura	% copertura (obiettivo annuo regionale)
					(presenze sugli inviti)	(presenze sul target)	
Screening Mammografico anno 2022	12.535	9.367	74,73%	4.184	44,67%	33,38%	25%
Screening Mammografico anno 2023	12.590	14.489	115,08%	6.045	41,72%	48,01%	30%
Screening Cervicale anno 2022	13.918	11.703	84,09%	4.981	42,56%	35,79%	30%
Screening Cervicale anno 2023	13.712	14.957	109,08%	6.610	44,19%	48,21%	35%
Screening Colon Retto anno 2022	24.700	17.849	72,26%	6.893	38,62%	27,91%	15%
Screening Colon Retto anno 2023	24.805	27.003	108,86%	11.035	40,87%	44,49%	15%

Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro

	2019	2020	2021	2022
Indagini per infortuni sul lavoro	3	7	12	7
Indagini per malattie professionali	3	4	0	0
Lavoratori controllati	99	41	29	64
<b>Interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria con piani mirati</b>				
Aziende interessate	1.497	605	755	890
Aziende con interventi di vigilanza	2.250	2.406	1.438	1.161
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive)	103	2.975	4.838	63

Fonte dati: NSIS Mod FLS18 Quadro F

Ispezioni Verifiche Campionamenti e Controlli Attività Veterinaria e Igiene Alimenti e Nutrizione

Ispezioni e Verifiche

	2019	2020	2021	(Delta % 2021-2020)	2022	Attività programmata 2022
<b>Alimenti e Nutrizione</b>						
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	696	433	485	12%	312	250
Acque di destinazione al consumo umano	14	6	11	83%	0	0
Prodotti fitosanitari	27	29	38	31%	29	26
<b>Sanità Animale</b>						
Piani risanamento malattie animali	7.139	9.050	8.936	-1%	10.816	10.816
Controllo malattie infettive animali	21	14	737	5164%	27	27
Anagrafe ed identificazione animale	1.612	224	230	3%	294	294
Urgenze ed emergenze	70	85	90	6%	90	90
<b>Allev. Prod. Zootecniche</b>						
Latte	173	197	nd		80	100
Farmaci	135	55	nd		74	100
Alimentazione animale	16	13	nd		5	10
Benessere animale	63	115	nd		113	100
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	11	12	nd		0	0
Certificazioni con ispezione per export formaggi	679	470	nd		404	500
<b>Alimenti di Origine Animale</b>						
Stabilimenti e attività commerciali	406	2.384	2.235	-6%	2.480	2.507
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	835.093	862.027	893.405	4%	986.851	893.405
Agriturismo	110	53	43	-19%	108	113

## Campionamenti e Controlli

	2019	2020	2021	(Delta % 2021- 2020)	2022	Attività programmata 2022
<b>Alimenti e Nutrizione</b>						
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	230	294	372	27%	285	209
Acque destinate al consumo umano***	875	645	528	-18%	460	400
<b>Sanità Animale</b>						
Test Tubercolosi	60	15.907	17.153	8%	15.981	15.981
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	50.313	42.868	39.494	-8%	53.268	53.268
Vaccinazioni per malattie animali	51.418	40.841	47.085	15%	236.984	236.984
<b>Allev. Prod. Zootecniche</b>						
Latte e formaggi	120	51	50	-2%	53	50
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	126	32	32	0%	28	28
Alimentazione animale	152	62	66	6%	66	66
<b>Alimenti di Origine Animale</b>						
Controllo malattie al macello	1.768	1.301	1.768	36%	3.778	755
Alimenti di origine animale	114	49	114	133%	82	82
Ricerca residui alimenti di origine animale	90	49	90	84%	31	31

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

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

Attività	2019	2020	2021	2022	tempi di attesa anno 2022
Utenti beneficiari vitalizio Legge 210/92	5	5	5	5	0
Patenti Co.Me.Lo.	2.380	1.714	1.669	1.981	0
Certificazioni per rilascio/rinnovo patenti auto e nautiche	5.984	10	1.044	1.233	30 giorni
Certificazioni necroscopiche (Servizio medicina legale)	680	66	195	187	0
Visite collegiali	12	4	2	4	30 giorni
Visite di idoneità rilascio/rinnovo porto d'armi/ detenzione armi	1.067	18	112	212	30 giorni
Visite per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 etc.	7.625	2.173	3.978	5.724	14 mesi
Altre certificazioni (certif. Elettorali, adozioni, deambulaz. ridotta)	420		97	83	30 giorni
Accertamenti Medico Legali richiesti dal giudice di sorveglianza o dal tribunale	-	1	3	9	0

## Alcuni dati di attività dell'Area dell'Assistenza Distrettuale

### RSA - ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE erogata dai centri privati

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2022	
	n. giornate	importo	n. giornate	importo	n. giornate	importo	n. giornate	importo
Profili dal 1 al 5	4.187	302.585	4.112	294.724	3.930	280.022	4.723	340.056
Profili dal 6 al 9	1.675	97.150	1.827	105.966	1.666	96.315	1.311	76.038
Terminali e altri ad alta intensità ass.le.	8.960	1.356.174	9.695	1.470.539	11.058	1.672.517	10.895	1.656.040
Terminali e altri ad alta intensità ass.le. Ventilati	2.648	578.979	1.906	425.475	2.218	496.755	3.004	675.900
Storno per ricovero	-153	-10.928	-71	-3.853	-60	-1.604	-120	-8.590
<b>TOT</b>	<b>17.317</b>	<b>2.323.960</b>	<b>17.469</b>	<b>2.292.851</b>	<b>18.812</b>	<b>2.544.005</b>	<b>19.813</b>	<b>2.739.444</b>

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

### HOSPICE di Oristano

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2022	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Terminali - Giornata di degenza - Cure palliative	96	28.800,00	1.934	538.800	2.626	692.400	2.240	671.582

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

### COMUNITA' INTEGRATE (ex Case Protette)

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2022	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Assistenza socio sanitaria comunità integrate	93.962	1.005.038	108.117	1.124.417	146.146	1.519.919	161.962	1.684.405

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

### CENTRI DIURNI INTEGRATI del privato accreditato

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2022	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Profilo assistenziale basso	1.835	53.215	1.098	37.382	1.169	37.450	5.809	168.461
Profilo assistenziale alto	1.425	51.300	1.373	39.846	1.709	49.561	1.308	47.088
Storno per ricovero	0	0	-7	-126	0	0	0	0
<b>TOT</b>	<b>3.260</b>	<b>104.515</b>	<b>2.464</b>	<b>77.102</b>	<b>2.878</b>	<b>87.011</b>	<b>7.117</b>	<b>215.549</b>

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

**RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal privato accreditato**

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2022	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
<b>Assistenza residenziale</b>								
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.054	686.987	3.218	1.080.450	2.941	991.759	4.569	1.544.728
Riab. Glob. a ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.247	403.100	1.809	402.649	1.822	309.168	1.385	236.835
Riab. residenziale a valenza socio riabilitativa	4.208	253.861	4.207	254.103	3.700	223.480	3.139	189.596
<b>TOT</b>	<b>8.509</b>	<b>1.343.948</b>	<b>9.234</b>	<b>1.737.202</b>	<b>8.463</b>	<b>1.524.407</b>	<b>9.093</b>	<b>1.971.159</b>
<b>Assistenza semi residenziale</b>								
Riab. globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	76	11.400	0	0	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	281	20.654	39	2.866	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità a tempo ridotto	8	800	0	0	0	0	0	0
<b>TOT</b>	<b>365</b>	<b>32.854</b>	<b>39</b>	<b>2.866</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Assistenza ambulatoriale</b>								
Ambulatoriale intensiva	732	49.044	185	12.596	1.466	98.042	834	55.878
Ambulatoriale estensiva	13.801	653.292	11.323	520.858	13.784	634.064	13.194	606.924
Ambulatoriale mantenimento	933	32.655	618	21.630	1.697	59.395	367	12.845
<b>TOT</b>	<b>15.466</b>	<b>734.991</b>	<b>12.126</b>	<b>555.084</b>	<b>16.947</b>	<b>791.501</b>	<b>14.395</b>	<b>675.647</b>
<b>Assistenza domiciliare</b>								
Domiciliare estensiva	16.774	767.700	13.881	634.545	16.994	764.640	18.901	850.545
Domiciliare di mantenimento	5.795	220.514	4.369	166.022	6.209	235.942	4.191	159.258
<b>TOT</b>	<b>22.569</b>	<b>988.214</b>	<b>18.250</b>	<b>800.567</b>	<b>23.203</b>	<b>1.000.582</b>	<b>23.092</b>	<b>1.009.803</b>

**RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal pubblico**

Trattamenti adulti	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2022	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
<b>Assistenza ambulatoriale</b>								
Ambulatoriale estensiva	6.761	311.006	3.016	138.736	4.166	191.636	4.046	186.116
Ambulatoriale mantenimento	1.798	62.930	512	17.920	812	28.420	648	22.680
<b>TOT</b>	<b>8.559</b>	<b>373.936</b>	<b>3.528</b>	<b>156.656</b>	<b>4.978</b>	<b>220.056</b>	<b>4.694</b>	<b>208.796</b>
<b>Assistenza domiciliare</b>								
Domiciliare estensiva	2.326	104.670	1.062	47.790	1.269	57.105	1.709	76.905
Domiciliare di mantenimento	781	29.678	155	5.890	546	20.748	895	34.010
<b>TOT</b>	<b>3.107</b>	<b>134.348</b>	<b>1.217</b>	<b>53.680</b>	<b>1.815</b>	<b>77.853</b>	<b>2.604</b>	<b>110.915</b>
<b>Trattamenti bambini</b>								
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Assistenza ambulatoriale estensiva	2.378	109.388	1.033	47.518	1.172	53.912	1.429	65.734
Assistenza domiciliare estensiva	412	18.540	258	11.610	243	10.935	298	13.410

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

CURE DOMICILIARI INTEGRATE	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	VARIAZIONI 2021-2019		Anno 2022	VARIAZIONI 2022-2021	
				valore assoluto	valore %		valore assoluto	valore %
Numero casi trattati	2.303	1.817	1.819	-484	-21%	1.576	-243	-13%
Numero di accessi dei MMG/PLS	24.581	17.046	16.793	-7.788	-32%	14.719	-2.074	-12%
Numero di ore di Assistenza infermieristica	42.224	39.710	41.580	-644	-2%	40.154	-1.426	-3%

Fonte: FLS21 anni 2019-2022.

**Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Pubbliche e Private Accreditate della ASL di Oristano anni 2019, 2022**

Fonte: file C

Branca	2019				2022			
	Pubblico		Privato		Pubblico		Privato	
	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo
ANESTESIA	3.331	78.556,78	0	0,00	1.577	42.812,92	0	0,00
CARDIOLOGIA	34.908	827.547,44	10.445	222.944,68	23.237	652.693,86	10.909	225.819,00
CHIRURGIA GENERALE	3.356	284.194,82	4.647	172.342,97	2.153	216.759,05	1.761	59.829,28
CHIRURGIA PLASTICA	2.338	33.123,84	0	0,00	2.077	24.277,84	0	0,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2.965	96.322,46	0	0,00	1.220	42.389,97	0	0,00
DERMOSIFILOPATIA	1.364	16.008,22	1.255	22.079,36	366	3.605,69	1.084	18.099,65
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA NUCLEARE	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	53.062	2.278.661,95	23.332	1.241.701,07	46.813	1.906.578,00	22.598	2.545.118,97
ENDOCRINOLOGIA	2.083	48.880,57	15.398	142.911,25	1.975	47.817,20	562	39.286,34
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA DIGEST.	5.454	269.168,98	1.271	63.539,11	5.640	291.587,46	587	32.176,83
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	587.725	2.861.736,86	440.983	1.835.402,47	593.313	2.595.838,79	397.762	1.787.101,06
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	52.771	329.727,12	229.887	1.322.791,32	35.268	251.581,53	169.377	1.111.853,86
NEFROLOGIA	17.817	2.255.523,24	11.036	1.504.728,21	12.877	1.665.835,63	9.530	1.338.456,29
NEUROCHIRURGIA	3	546,58	0	0,00	14	467,07	0	0,00
NEUROLOGIA	5.407	95.008,79	398	7.726,68	6.569	138.365,18	0	0,00
OCULISTICA	19.373	230.764,00	5.878	1.807.905,90	9.337	118.386,79	3.845	2.090.531,91
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	6.757	116.159,91	0	0,00	1.205	22.973,35	0	0,00
ONCOLOGIA	1.412	18.447,34	0	0,00	854	11.546,36	0	0,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6.526	401.966,60	1.999	50.398,67	4.808	227.779,09	1.614	29.974,11
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.423	120.257,80	0	0,00	5.618	84.936,93	0	0,00
OTORINOLARINGOIATRIA	5.086	45.300,69	638	11.653,24	2.269	22.225,79	120	2.452,80
PNEUMOLOGIA	10.109	211.085,31	0	0,00	4.855	126.264,00	0	0,00
PSICHIATRIA	5.395	75.630,94	0	0,00	1.074	21.505,03	188	2.153,44
RADIOTERAPIA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
UROLOGIA	2.414	119.001,75	4.225	227.411,60	1.334	101.038,48	769	124.651,86
ALTRO	138.071	2.786.456,89	9.412	317.252,48	97.923	2.598.026,45	3.758	148.208,70
<b>TOTALE</b>	<b>975.150</b>	<b>13.600.079</b>	<b>760.804</b>	<b>8.950.789</b>	<b>862.376</b>	<b>11.215.292</b>	<b>624.464</b>	<b>9.555.714</b>

## Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione per i residenti ASL5. Anni 2019 e 2022

Fonte: File C

	Prestazioni 2019	Valore 2019	Prestazioni 2022	Valore 2022	% prestazioni sul totale anno 2019	% prestazioni sul totale anno 2022
Pubblico ASL5	899.683	10.067.105	792.987	7.318.459	44%	45%
Privato ASL 5	724.459	7.992.205	586.285	7.688.577	36%	34%
<b>Produzione TOTALE ASL 5 per i residenti</b>	<b>1.624.142</b>	<b>18.059.311</b>	<b>1.379.272</b>	<b>15.007.037</b>	<b>80%</b>	<b>79%</b>
Produzione ASL 1	7.574	190.147	1.670	49.283	0%	0%
Produzione ASL 2	4.286	56.845	2.629	36.210	0%	0%
Produzione ASL 3	90.110	1.783.191	79.827	1.705.620	4%	5%
Produzione ASL 4	853	12.948	1.126	17.287	0%	0%
Produzione ASL 6	40.779	665.978	45.478	894.584	2%	3%
Produzione ASL 7	1.195	24.950	895	13.889	0%	0%
Produzione ASL 8	65.282	2.183.968	66.567	2.447.347	3%	4%
Produzione AOU Cagliari	40.716	501.582	34.595	447.208	2%	2%
Produzione AOU Sassari	14.847	289.590	1.711	11.875	1%	0%
Produzione A.R.N.A.S. Brotzu	92.382	2.607.079	87.459	2.962.713	5%	5%
Mater Olbia Hospital	159	4.992	2.672	263.678	0%	0%
Produzione TOTALE da altre ASL e Aziende infra regione	358.183	8.321.271	324.629	8.849.694	18%	18%
Produzione Extra-regione	46.883	1.335.121	48.312	1.331.251	2%	3%
<b>TOTALE PRESTAZIONI PER RESIDENTI ASL 5</b>	<b>2.029.208</b>	<b>27.715.703</b>	<b>1.752.213</b>	<b>25.187.981</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## Alcuni dati di attività dell'Area dell'Assistenza Ospedaliera

### Ricoveri - Produzione ASL 5 anni 2019-2021 e 2022

Fonte: file A

Presidio	2019			2021			2022			Diff. % 2022-2019
	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	
San Martino Oristano	10.507	2.286	8.221	8.264	1.487	6.777	8.552	1.527	7.025	-19%
Mastino Bosa	1.465	344	1.121	382	0	382	567	173	394	-61%
Delogu Ghilarza	1.380	405	975	189	20	169	123	38	85	-91%
<b>Presidi Pubblici ASL Oristano</b>	<b>13.352</b>	<b>3.035</b>	<b>10.317</b>	<b>8.835</b>	<b>1.507</b>	<b>7.328</b>	<b>9.242</b>	<b>1.738</b>	<b>7.504</b>	<b>-31%</b>
Casa di Cura Oristano	3.819	2.281	1.538	3.311	1.173	2.138	2.850	1.099	1.751	-25%
<b>TOTALE ASL Oristano</b>	<b>17.171</b>	<b>5.316</b>	<b>11.855</b>	<b>12.146</b>	<b>2.680</b>	<b>9.466</b>	<b>12.092</b>	<b>2.837</b>	<b>9.255</b>	<b>-30%</b>

### Indicatori Ricovero Ospedaliero San Martino - Oristano anni 2019-2020-2021-2022

(fonte: ABACO)

Presidio	Denominazione indicatore	2019	2020	2021	2022	Delta (2021-2020)	Delta (2022-2021)
San Martino - Oristano	Occupazione PL DH	143,02%	146,10%	138,80%	117,30%	-7,30%	-21,50%
	Occupazione PL RO	79,38%	61,90%	64,30%	60,70%	2,40%	-3,60%
	RO - Turn Over	1,86	4,14	3,77	4,48	-0,37	0,71
	RO - Indice di rotazione	40,5	33,68	34,49	32,08	0,81	-2,41
	RO - Degenza media	7,15	7,73	7,71	7,5	-0,02	-0,21
	RO - Giorni Degenza Media Preoperatoria		2	2,38	1,64	0,38	-0,74
	Peso Medio RO	1,39	1,08	1,17	1,17	0,09	0,00
	Peso Medio DH	1,2	0,89	1,02	0,82	0,13	-0,20
	Dimessi vivi 0-2 giorni (RO) (riduzione ricoveri evitabili)	1.448	1.083	1.084	2.136	1	1052,00
	% DRG dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	49,30%	48,30%	46,50%	36,40%	-1,80%	-10,10%
	% ricoveri urgenti brevi (riduzione ricoveri evitabili)	5,40%	5,90%	5,00%	6,40%	-0,90%	1,40%
	% ricoveri DH medici con finalità diagnostica (riduzione ricoveri evitabili)	11,70%	13,80%	12,40%	7,27%	-1,40%	-5,13%
	% DRG LEA (all. B.P.S.) non appropriati	10,00%	8,40%	8,20%	11,40%	-0,20%	3,20%
	% DRG Chirurgici in DH	42,10%	32,90%	32,50%	51,50%	0,40%	19,00%



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

AREA CLINICA	INDICATORE	2017 fonte PNE			2018 fonte: 360-3M	2019 fonte: 360-3M	2020 fonte: 360-3M	2021 fonte: 360-3M	2022 fonte: 360-3M
		tasso grezzo	% ADJ	% Italia	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	93,33	87,75	75,61	94,93	93,33	70,91	66,29	91,86
GRAVIDANZA E PARTO	% parti con taglio cesareo	27	23,57	23,36	21,19	27	24	21	17,51
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	73,02	80,67	64,74	79,92	73,02	52,26	29,59	25,26
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	44,90	59,55	46,27	47,83	44,90	31,72	28,77	30,89

**Ricoveri per i residenti della ASL 5 anni 2019, 2022**

Fonte: file A

	2019				2022			
	Totale dimessi	Totale Valore	Dimessi DH	Dimessi Ordinari	Totale dimessi	Totale Valore	Dimessi DH	Dimessi Ordinari
Pubblico ASL5	11.358	34.643.100	2.491	8.867	8.050	28.454.429	1.436	6.614
Privato ASL 5	3.135	6.351.267	1.796	1.339	1.837	4.762.319	814	1.023
<b>Produzione TOTALE ASL 5</b>	<b>14.493</b>	<b>40.994.367</b>	<b>4.287</b>	<b>10.206</b>	<b>9.887</b>	<b>33.216.748</b>	<b>2.250</b>	<b>7.637</b>
Ricoveri ASL1	121	254.277	47	74	124	325.634	24	100
Ricoveri ASL2	68	128.592	16	52	140	519.385	6	134
Ricoveri ASL3	1.404	5.364.952	340	1.064	939	3.347.593	243	696
Ricoveri ASL4	29	69.057	15	14	64	200.029	23	41
Ricoveri ASL6	690	1.749.344	149	541	760	2.067.928	217	543
Ricoveri ASL7	48	94.257	14	34	59	205.178	15	44
Ricoveri ASL8	2.470	7.062.554	996	1.474	2.971	8.476.513	1.470	1.501
Ricoveri AOU Sassari	859	3.390.719	287	572	1.022	3.933.051	456	566
Ricoveri AOU Cagliari	1.250	3.617.444	500	750	938	2.963.006	368	570
Ricoveri Azienda Brotzu	2.399	9.023.438	1.159	1.240	2.051	8.376.675	762	1.289
<b>Produzione TOTALE infra regione</b>	<b>9.338</b>	<b>30.754.636</b>	<b>3.523</b>	<b>5.815</b>	<b>9.068</b>	<b>30.414.991</b>	<b>3.584</b>	<b>5.484</b>
<b>Produzione extra regione</b>	<b>1.381</b>	<b>6.365.102</b>	<b>354</b>	<b>1.027</b>	<b>1.131</b>	<b>5.649.645</b>	<b>287</b>	<b>844</b>
<b>% Ricoveri di altre Aziende per nostri residenti</b>	<b>43%</b>	<b>48%</b>			<b>51%</b>	<b>52%</b>		
<b>TOTALE RICOVERI PER RESIDENTI ASL 5</b>	<b>25.212</b>	<b>78.114.104</b>	<b>8.164</b>	<b>17.048</b>	<b>20.086</b>	<b>69.281.384</b>	<b>6.121</b>	<b>13.965</b>

MDC (Major Diagnostic Category) - Numero di prestazioni per i Residenti della ASL di Oristano erogate dalle aziende sanitarie regionali - anno 2022

MDC	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL6	ASL7	ASL8	AOU Sassari	AOU Cagliari	Azienda Brotzu	Mater Olbia Hospital	ASL5
MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	3		89	3	13		296	98	32	220	13	449
MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	1		8			10	11	297	109	184		52
MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	15		46	1		2	134	53	78	57	5	28
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	11	1	62	5	43	6	129	37	21	112	2	1.043
MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	1	6	117	5	124	8	61	119	69	267		1.068
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	21		29	6	52	1	146	35	101	113	10	1.242
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO EPATOBIILIARE E DEL PANCREAS	7		13	3	20		37	25	50	43	5	475
MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO E TESSUTO CONNETTIVO	23	7	35	19	76	15	1.073	124	69	71	26	914
MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	2	1	56		7		75	43	57	62	11	405
MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	7		18	8	9	1	39	5	33	39	13	299
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO URINARIO	3		49	1	33	2	55	36	2	88	1	659
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE	1		5	3	13		54	19		44		204
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	7	2	61		134		195	5	60	90	15	186
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	7	5	84	1	88	3	83	22	66	38		608
NEONATI	3	1	54		57	1	41	12	50	26		395
MALATTIE DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	1		27		12		102	10	5	39		307
NEOPLASIE EMATOLOGICHE E SOLIDE		3	135		54	2	175	45	66	364	1	589
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMATICHE)	7	1	25	2	12		57	15	12	26	2	440
MALATTIE E DISTURBI PSICHICI	2	1	4		1	8	87	6		4		240
USO DI ALCOOL E DROGHE E DISTURBI PSICHICI INDOTTI DA ALCOOL E DROGHE		1					2	1				12
TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DI FARMACI	2		7	1	1		5	1	1	13		40
USTIONI			1					4		1		
FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E ALTRO RICORSO A SERVIZI SANITARI		1	6	6	6		51	8	39	119	6	175
TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICATIVI			1					2		7		25
INFEZIONI DA HIV							40	1	11			1
DRG ERRATE E ALTRI DRG												
NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG			6		5		3			7	1	18
PRE-MDC			6				14	8	9	23		13
	124	30	944	64	760	59	2.965	1.031	940	2.057	111	9.887

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

Fonte: Rapporto SDO 2019 Ministero della Salute

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

Fonte: elaborazioni su file A

## Accessi al pronto soccorso nei presidi Ospedalieri ASL 5 Oristano

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

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

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

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2022	DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastino	PS pediatrico	PS ginecologico	Totale
<b>Codice Nero:</b> decesso - il paziente non è rianimabile	5		1			6
<b>Codice Rosso:</b> molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	785	6	26	2	1	820
<b>Codice Giallo:</b> mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	8.824	118	564	238	233	9.977
<b>Codice Verde:</b> poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	12.746	2.532	3.319	2.745	846	22.188
<b>Codice Bianco:</b> non critico, pazienti non urgenti	667	471	272	52	30	1.492
<b>Totale</b>	<b>23.027</b>	<b>3.127</b>	<b>4.182</b>	<b>3.037</b>	<b>1.110</b>	<b>34.483</b>

## Sezione II – Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

### A. Valore Pubblico

Il valore pubblico generato da una pubblica amministrazione è da intendersi come il miglioramento, rispetto ad una situazione di partenza, della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale degli utenti, degli stakeholder, o comunque più in generale dei destinatari di un servizio, coprendo diverse dimensioni del vivere individuale e collettivo, gestendo in modo razionale le risorse economiche a disposizione.

Nel caso specifico di una Azienda Socio Sanitaria il valore pubblico è inteso come l'esito della sua azione sul livello di salute della popolazione presa in carico, ossia il contributo assicurato dall'azienda al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento attraverso l'erogazione di servizi e di attività compresi normativamente nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Come sostenuto dall'ANAC "le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del valore pubblico ma, nello stesso tempo, sono esse stesse produttive di valore pubblico, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica del Paese".

L'azienda sanitaria di Oristano, persegue obiettivi di Valore Pubblico assumendo come principi generali della propria missione la promozione, il mantenimento e il miglioramento della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente, a qualsiasi titolo, nel proprio ambito di competenza territoriale, al fine di consentire la migliore qualità della vita possibile e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza mediante programmi e azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio-assistenziale nazionale e regionale, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, economicità, adeguatezza e qualità.

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

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

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

- centralità della persona, intesa sia come singolo soggetto, autonomo, responsabile e capace, sia come associazione di persone in comitati o enti impegnati nel settore socio-sanitario, con costante riferimento alla comunità locale e promozione e garanzia di partecipazione dei cittadini e di

- coordinamento con il sistema degli Enti Locali;
- rispetto della dignità umana, dell'equità e dell'etica professionale;
  - perseguimento dei LEA uniformi nel territorio, al fine di ridurre le diseguaglianze nell'accessibilità e fruibilità dei servizi, favorendo l'accesso alle prestazioni da parte degli utenti in modo libero e capillare, con particolare riguardo alle categorie più deboli;
  - implementazione delle metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica i temi della medicina basata sulle evidenze, dell'appropriatezza e dell'efficacia;
  - valorizzazione delle risorse umane volta al massimo sviluppo della professionalità (sviluppi di carriera, formazione, aggiornamento professionale, sistema premiante, ecc.) in un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori, nonché di favorirne la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti;
  - promozione dell'umanizzazione dell'assistenza alle persone sofferenti nel rispetto della qualità della vita degli ammalati e dei loro familiari;
  - rispetto del principio di trasparenza dell'azione amministrativa, attraverso l'adozione di strumenti finalizzati a snellire i processi decisionali e a semplificare i procedimenti amministrativi di competenza e, pertanto, a rendere visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati;
  - implementazione del necessario e stretto collegamento tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale e della indispensabile integrazione tra assistenza sanitaria e sociale;
  - sostenibilità economica dei servizi offerti attraverso la programmazione dell'uso delle risorse disponibili, secondo priorità dettate dal soddisfacimento dei bisogni fondamentali di salute, dall'evidenza scientifica dell'efficacia degli interventi e dalla garanzia di continuità ed integrazione delle risposte;
  - individuazione del sistema *budgetario* quale strumento fondamentale di responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego delle risorse, la verifica costante dei risultati raggiunti e il miglioramento permanente degli standard qualitativi;
  - costante rafforzamento delle politiche aziendali di valorizzazione dei principi del buon andamento e della legalità, attraverso la cura delle buone pratiche amministrative, il monitoraggio delle aree a maggior rischio corruttivo, nell'accezione lata che ne danno la L. 190/2012 e le disposizioni collegate;
  - sviluppo dei processi di assunzione delle complete responsabilità connesse al proprio ruolo professionale, del rispetto delle pari opportunità, della cura di meccanismi di individuazione e immediato sradicamento di comportamenti discriminatori o contrari al benessere organizzativo.

Il "miglioramento della qualità della vita e del benessere" a cui gli obiettivi di Valore Pubblico da generare fanno riferimento, non va limitato agli obiettivi finanziari/monetizzabili ma è comprensivo anche di quelli socio-economici, che copre varie dimensioni. Alcune di queste possono essere osservate nei rapporti "BES" realizzati dall'Istat (acronimo di Benessere Equo e Sostenibile). Il rapporto che raccoglie i dati del 2022

(pubblicato il 20/04/23), utilizza un ampio set di indicatori per le seguenti dimensioni: Salute, Sicurezza, Istruzione e formazione, Benessere soggettivo, Lavoro e conciliazione dei tempi di vita, Paesaggio e patrimonio culturale, Benessere economico, Ambiente, Relazioni sociali, Innovazione, Ricerca e creatività, Politica e istituzioni, Qualità dei servizi.

Di seguito sono riportati alcuni indicatori riferiti all'ambito della salute e della qualità dei servizi in Sardegna con un confronto rispetto alla media nazionale:

<b>SALUTE</b>		<b>SARDEGNA</b>			<b>ITALIA</b>
<b>ANNO 2022</b>		<b>Femmine</b>	<b>Maschi</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>
<b>Salute</b>	Adeguata alimentazione (tassi standardizzati x 100 persone)	22,7	16,7	19,8	16,8
	Alcol (tassi standardizzati x 100 persone)	8,1	27,9	17,7	15,5
	Eccesso di peso (tassi standardizzati per x 100 persone)	31,4	49,8	40,4	44,5
	Fumo (tassi standardizzati per x 100 persone)	13,3	21,7	17,4	20,2
	Indice di salute mentale (SF36) punteggi medi standardizzati	68,1	74,1	71,0	69,0
	Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) valori %			47,8	49,0
	Sedentarietà (tassi standardizzati x 100 persone)	35,2	35,6	35,4	36,3
	Speranza di vita alla nascita: n. medio di anni	84,8	79,6	82,1	82,6
	Speranza di vita in buona salute alla nascita n. medio di anni	57,1	59,1	58,1	60,1
	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni n. medio di anni	9,3	8,3	8,8	10,0

Rapporto Bes 2023 - il benessere equo e sostenibile in Italia (istat.it) aggiornato al 20/04/2023

		<b>REGIONE SARDEGNA</b>				<b>ITALIA</b>
		<b>Totale</b>				<b>Totale</b>
		<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2021</b>
<b>Qualità dei servizi</b>	Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (valori %)	....	....	....	....	2,9
	Copertura della rete fissa di accesso ultra veloce a internet (valori %)	14,6	22,7	30,4	....	44,4
	Difficoltà di accesso ad alcuni servizi (valori %)	5,9	4,2	5,6	....	5,7
	Emigrazione ospedaliera in altra regione (valori %)	6,4	5,1	5,5	....	7,8
	Infermieri e ostetriche per 1.000 ab.	6,2	6,4	6,3	....	6,5
	Irregolarità del servizio elettrico (valori %)	3,3	2,8	3,0	....	2,1
	Irregolarità nella distribuzione dell'acqua (valori %)	14,7	12,9	14,0	10,7	9,4
	Medici per 1.000 ab.	4,8	4,8	4,8	5,0	4,1
	Medici di medicina generale per 1.000 ab.	31,0	28,1	....	....	....
	Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio sanitari (per 10.000 ab.)	52,7	50,2	....	....	....
	Posti letto per specialità ad elevata assistenza (per 1.000 ab.)	2,3	2,4	....	....	....
	Rinuncia a prestazioni sanitarie (valori %)	11,7	14,8	18,3	12,3	11,0
	Servizio di raccolta differenziata dei rifiuti urbani (valori %)	81,2	91,0	91,2	37,5	58,7
	Soddisfazione per i servizi di mobilità (valori %)	30,7	33,3	31,3	37,5	20,5
Utenti assidui dei mezzi pubblici (valori %)	11,3	8,9	7,6	10,2	9,4	

Rapporto Bes 2023 - il benessere equo e sostenibile in Italia (istat.it) aggiornato al 20/04/2023

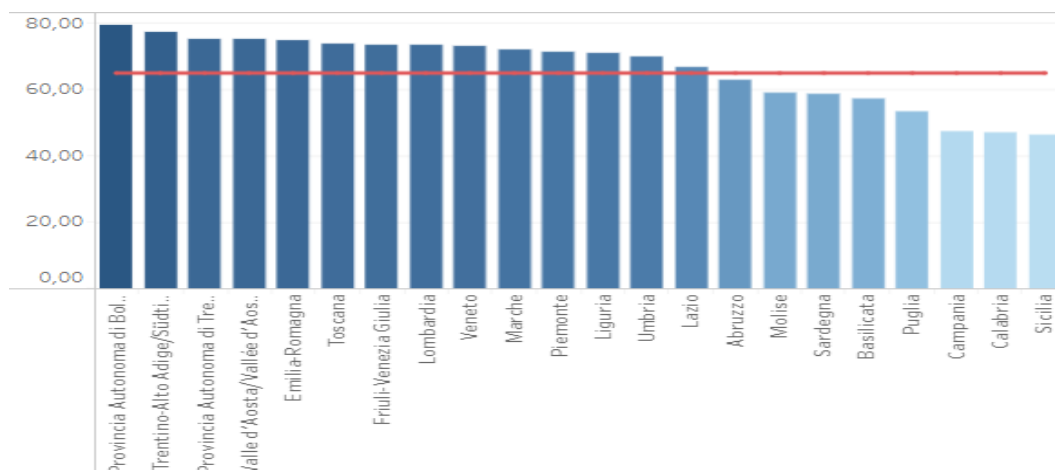
Altre dimensioni che possono essere analizzate e che costituiscono dei determinanti di salute sulla popolazione sono quelli sul versante dell'occupazione e dell'istruzione. Lo Studio di Sorveglianza Passi che ritroveremo di seguito nel dettaglio, mette in relazione la condizione di cronicità e di policronicità della popolazione con lo status socioeconomico più svantaggiato, con molte difficoltà economiche o bassa istruzione.

Il tasso di occupazione della popolazione tra i 20 e i 64 anni registrano nella provincia di Oristano, nell'anno 2022, valori più bassi rispetto alla media regionale e nazionale.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Media Nazionale</b>	62,3	63	63,5	61,9	62,7	64,8
<b>Sardegna</b>	53,7	56,1	57,3	55,2	57,0	58,6
<b>Oristano</b>	51,2	56,6	54,2	56,0	54,0	54,2

tasso di occupazione 20-64 anni. Periodo 2017-2022

Rapporto BES edizione 2023: il BES dei Territori



tasso di occupazione 20-64 anni. Periodo 2017-2022. Anno 2022. In rosso il valore nazionale pari a 64,8

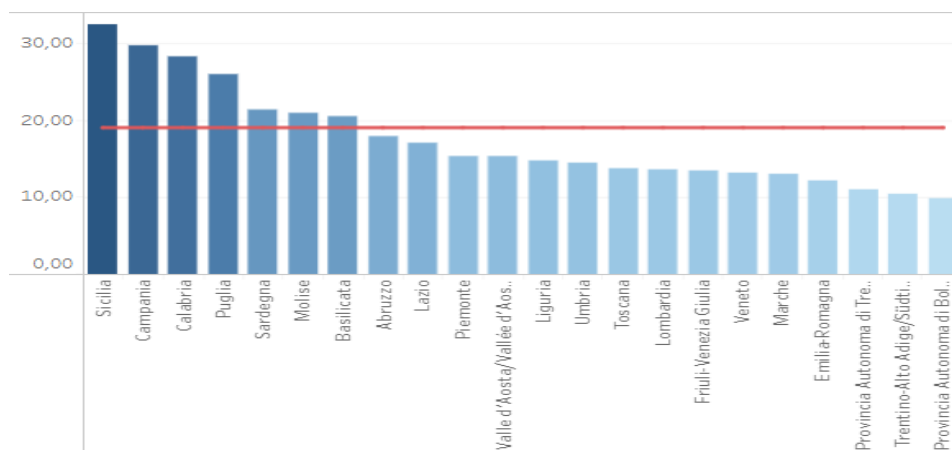
Rapporto BES edizione 2023: il BES dei Territori

Il dato relativo alla percentuale di persone tra i 15 e i 29 anni che non lavorano né sono inseriti in un percorso di istruzione o formazione della provincia di Oristano, presenta valori alti rispetto alla media regionale e nazionale.

	2019	2020	2021	2022
<b>Media Nazionale</b>	22,2	23,7	23,1	19,0
<b>Sardegna</b>	27,7	26,2	23,6	21,4
<b>Oristano</b>	30,3	28,8	25,8	22,7

% di persone di 15-29 anni che non lavorano né studiano (Neet)

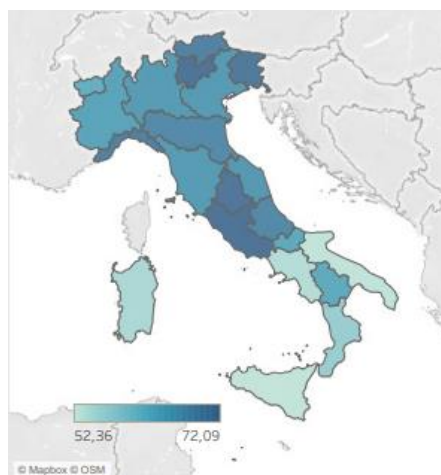
Rapporto BES edizione 2023: il BES dei Territori



% di persone di 15-29 anni che non lavorano né studiano (Neet). Anno 2022. In rosso il valore nazionale per i 19

*Rapporto BES edizione 2023: il BES dei Territori*

Una ulteriore conferma del fatto che la Sardegna è tra le regioni con il più basso livello di istruzione viene dato dalla percentuale di 25-64enni che non hanno completato la scuola secondaria di II grado; il dato provinciale risulta ben al di sotto del dato regionale e nazionale



	2019	2020	2021	2022
<b>Media Nazionale</b>	62,2	62,6	62,7	63,0
<b>Sardegna</b>	54,2	54,1	54,2	54,6
<b>Oristano</b>	50,2	46,1	47,2	48,2

% di persone di 25-64 anni che hanno completato la scuola secondaria di II grado

*Rapporto BES edizione 2023: il BES dei Territori*

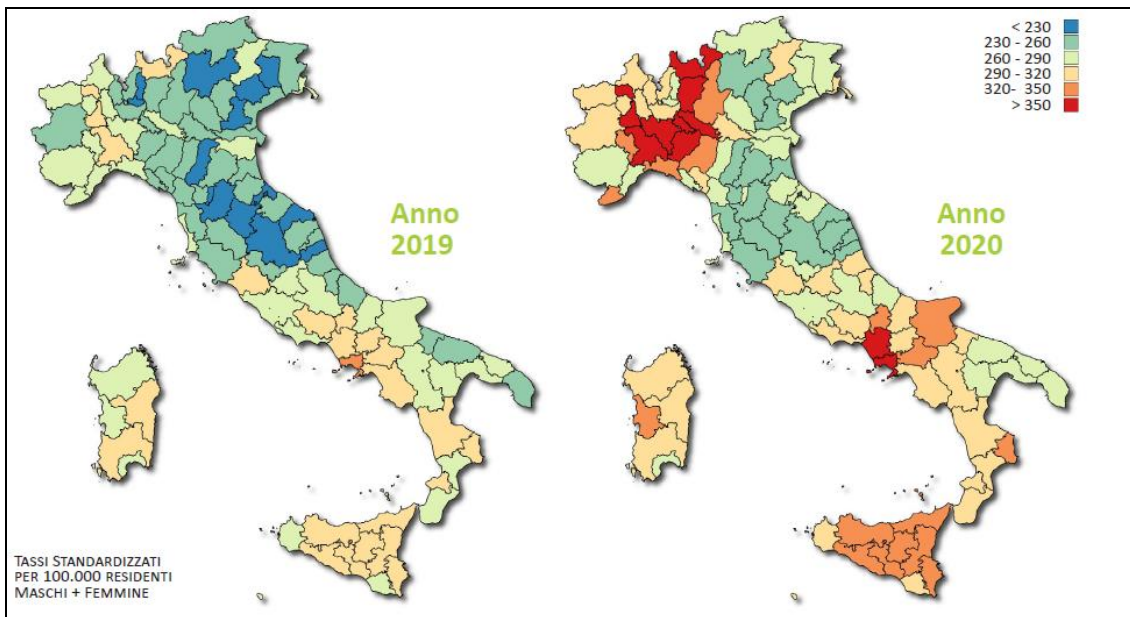
% di persone di 25-64 anni che hanno completato la scuola secondaria di II grado. Anno 2019

*Rapporto BES 2020: il BES dei Territori*

Alti dati osservabili per determinare i bisogni di salute del territorio e programmare la propria attività per migliorare il benessere della popolazione di riferimento sono quelli riferiti alle statistiche di mortalità, che pur se in maniera indiretta, rappresentano la distribuzione delle patologie più frequenti.

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





Rapporto Mev(i) ed. 2020 2021

Gli ultimi dati disponibili sui decessi per causa si riferiscono all'anno 2020 e sono di seguito rappresentati in termini di valori percentuali (peso percentuale), di ogni singolo gruppo di cause di morte rispetto alla mortalità totale dell'anno di riferimento.

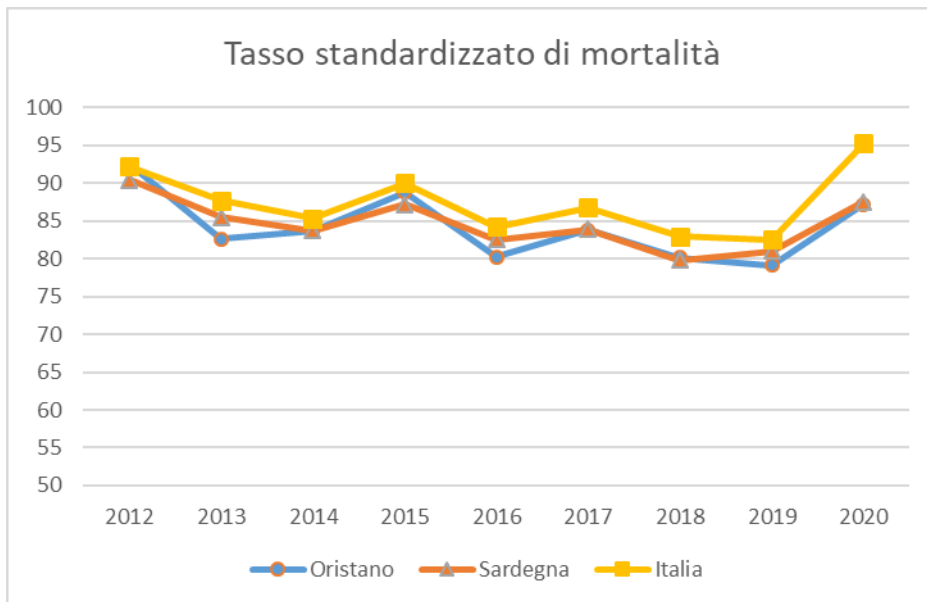
Nella provincia i dati non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali e regionali, con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono nella salute delle persone, le malattie del sistema circolatorio con il 27,51% dei casi rispetto al totale delle cause di morte ed i tumori con il 26,93%. Insieme i due gruppi di patologie sono responsabili di circa il 54% di tutti i decessi.

La terza causa di morte riguarda le malattie del sistema respiratorio (5,90% in provincia di Oristano rispetto al dato più alto a livello nazionale 7,66%); a questa si aggiunge la nuova causa di morte registrata nel 2020 che riguarda il Covid-19, per cui si rileva una percentuale di mortalità pari al 5,07% nella provincia in linea con il dato regionale ma nettamente inferiore al dato nazionale del 10,56%.

Percentuali rispetto al totale	2019			2020		
	Oristano	Sardegna	Italia	Oristano	Sardegna	Italia
Malattie del sistema circolatorio	29,78%	29,34%	34,61%	27,51%	27,20%	30,48%
Tumori	29,89%	30,58%	27,95%	26,93%	27,70%	23,84%
Malattie del sistema respiratorio	6,44%	7,32%	8,53%	5,90%	6,67%	7,66%
Disturbi psichici e comportamentali	6,06%	5,56%	4,07%	5,66%	5,37%	3,62%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	5,04%	5,16%	4,74%	5,51%	5,50%	4,45%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	2,71%	2,63%	2,37%	5,17%	4,12%	3,33%
Covid-19	0,00%	0,00%	0,00%	5,07%	5,64%	10,56%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,33%	4,36%	4,51%	4,15%	4,66%	4,50%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,66%	4,69%	3,75%	4,15%	4,17%	3,25%
Malattie dell'apparato digerente	4,39%	4,51%	3,61%	4,05%	3,52%	3,07%
Malattie dell'apparato genitourinario	2,17%	1,65%	1,95%	2,44%	1,85%	1,91%
Malattie infettive e parassitarie	2,22%	2,36%	2,28%	1,37%	1,78%	1,84%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,81%	0,77%	0,57%	0,98%	0,69%	0,52%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,81%	0,59%	0,53%	0,68%	0,60%	0,49%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,38%	0,19%	0,24%	0,24%	0,23%	0,21%
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,32%	0,23%	0,19%	0,20%	0,24%	0,18%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,00%	0,08%	0,10%	0,00%	0,05%	0,09%

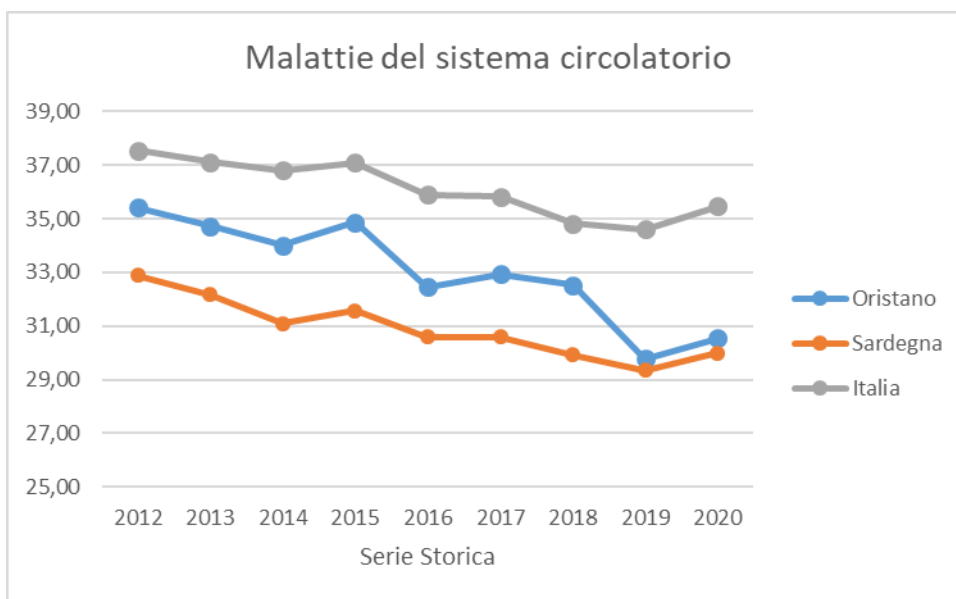
Cause di morte: Istat 2019-2020

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



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2012-2020

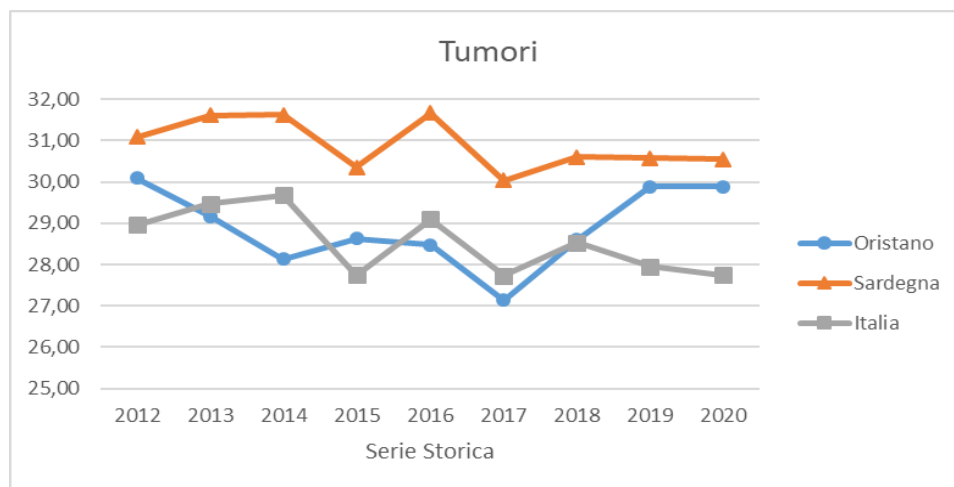
La mortalità in provincia per le malattie del sistema circolatorio si attestano su valori sempre inferiori al dato nazionale (35,46%) ma equivalenti al dato regionale (30%).



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2012-2020

Nel 2022 il 76% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema circolatorio sono da attribuire alle malattie cerebrovascolari (26%), ad altre malattie del cuore (26% nel 2022) e ad altre malattie del sistema circolatorio (23%); il 9,93% delle cause di morte di tale gruppo di malattie sono da attribuire all'infarto del miocardio acuto.

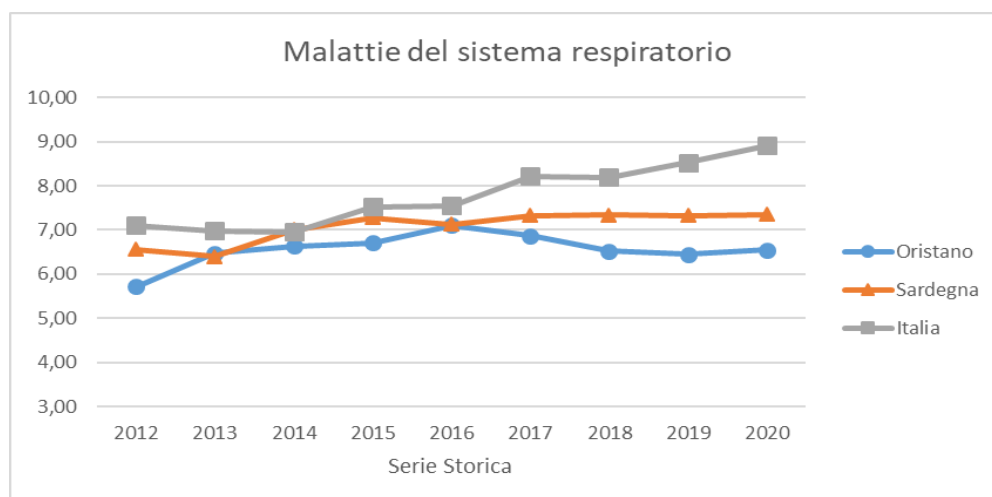
La mortalità per tumori nella provincia di Oristano si attesta su valori sempre molto vicini al dato nazionale ma inferiori al dato regionale, con una costante riduzione dal 2012 al 2017. Vede un aumento nel 2018 e 2019, per poi stabilizzarsi nell'ultimo biennio.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2012-2020

Nel 2022 il 57,25% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo dei tumori sono da attribuire ai tumori maligni di trachea, dei bronchi e dei polmoni (13,77%), agli altri tumori maligni (12,86%), ai tumori maligni del colon, del retto e dell'ano (12,50%), ai tumori maligni del seno (9,06%), ai tumori maligni del pancreas (9,06%).

Per quanto riguarda la mortalità delle malattie del sistema respiratorio, questa si attesta su valori inferiori rispetto al dato nazionale (scostamento di 2,37%) e regionale (0,8%), con un trend stabile rispetto al 2018.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2017-2019

Nel 2022 il 95,04% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema respiratorio sono da attribuire alle malattie croniche delle basse vie respiratorie (36,36%), seguito da polmonite (33,06%) e ad altre malattie del sistema respiratorio (25,62%); il 4,13% e lo 0,83% delle cause di morte di tale gruppo di malattie sono da attribuire rispettivamente ad influenza e asma, entrambe stabili dal 2017.

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

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

MEV(i) ed. 2020-2021

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

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

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

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

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

Lo Studio di Sorveglianza Passi, (dati nazionali anni 2021-2022), sul tema delle patologie croniche ha rilevato che il 18% delle persone fra 18 e 69 anni intervistate ha riferito che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

Lo Studio Passi inoltre rivela che la condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (coinvolge il 7% degli adulti con meno di 34 anni, il 13% fra i 35-49enni e il 29% delle persone fra 50 e 69 anni). Inoltre, la cronicità coinvolge di più le persone con status socioeconomico più svantaggiato, con molte difficoltà economiche (28%) o bassa istruzione (35% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).

Il dato non si differenzia di molto nella rilevazione fatta nel periodo 2017-2020.

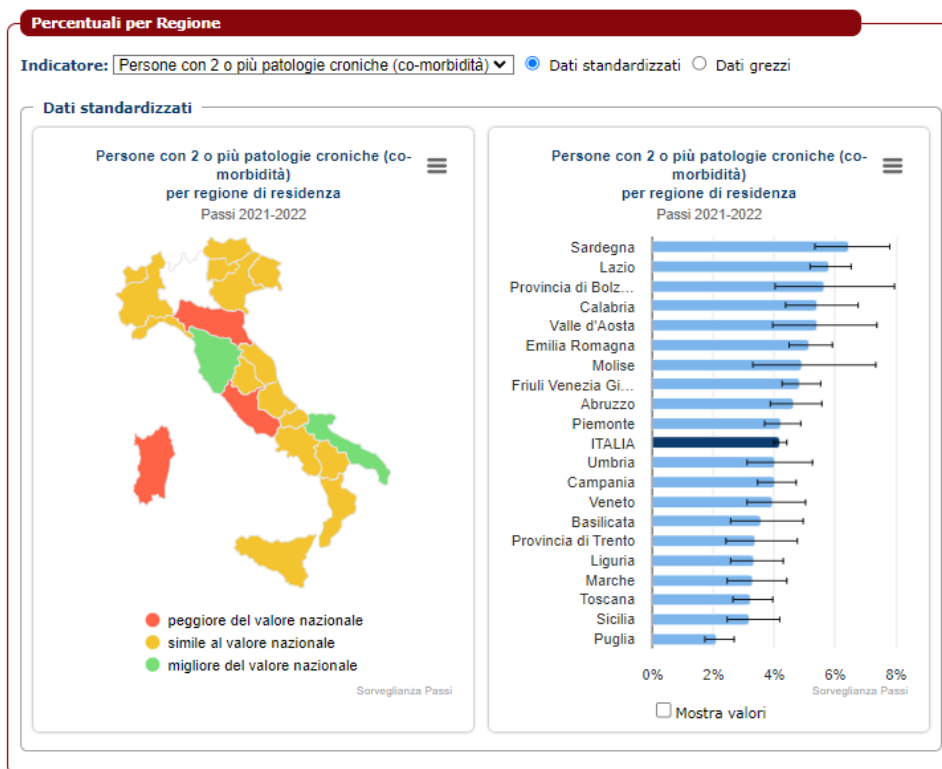
La condizione di policronicità, ovvero la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate) riguarda, in media, il 4% dei 18-69enni: è più frequente all'aumentare dell'età (viene riferita dall'8% delle persone fra 50 e 69 anni), e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per molte difficoltà economiche (9%) o bassa istruzione (11% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).

Le patologie croniche più frequentemente riferite fra i 18 e i 69 anni sono le malattie respiratorie croniche (6%), le malattie cardiovascolari e il diabete (5%) e i tumori (4%); le malattie croniche del fegato, l'insufficienza renale e l'ictus (1%) sono le meno frequenti.

Dal grafico che segue si può notare come la variabilità regionale della cronicità negli adulti non descrive un chiaro gradiente geografico, perché si registrano prevalenze più elevate della media nazionale in alcune Regioni del Sud come in Sardegna (26%), ma anche del Nord come nel Friuli Venezia Giulia (22%) o del Centro, come nel Lazio (21%). Analogamente accade per la policronicità.

Indicatori - PASSI 2021-2022			
	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologia cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbilità) *
Abruzzo	82,4	17,6	4,9
Basilicata	82,9	17,1	3,7
Calabria	79,8	20,2	5,4
Campania	82,2	17,8	4,0
Emilia Romagna	79,9	20,1	5,3
Friuli Venezia Giulia	77,7	22,3	5,1
Lazio	79,4	20,6	5,8
Liguria	79,6	20,4	3,7
Lombardia			
Marche	84,4	15,6	3,6
Molise	85,2	14,9	4,2
Piemonte	80,1	19,9	4,3
Provincia di Bolzano	80,2	19,8	5,4
Provincia di Trento	83,2	16,8	3,4
Puglia	89,4	10,7	2,0
Sardegna	74,1	26,0	6,8
Sicilia	81,8	18,2	3,0
Toscana	83,9	16,1	3,2
Umbria	83,3	16,7	4,0
Valle d'Aosta	79,5	20,5	6,0
Veneto	80,3	19,7	4,1
<b>Italia</b>	<b>81,5</b>	<b>18,5</b>	<b>4,2</b>

■ peggiore del valore nazionale    
■ simile al valore nazionale    
■ migliore del valore nazionale



Il quadro epidemiologico sopra delineato evidenzia come sia urgente intervenire sulla prevenzione e presa in carico delle malattie croniche, che durano tutta la vita con alcune alterne fasi di riacutizzazione e remissione e che hanno una notevole incidenza sulla qualità della vita dei pazienti. Per questi motivi tali malattie richiedono un follow-up attento, continuo e di buon livello specialistico. Le fasi di riacutizzazione richiedono sovente l'ospedalizzazione per praticare le terapie idonee o monitorare l'andamento della malattia almeno in day hospital.

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

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

Sul fronte della prevenzione:

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

Sul fronte della domanda:

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

Sul fronte dell'offerta:

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

### **Gli Obiettivi strategici generali e il valore pubblico generato**

Gli obiettivi strategici dell'Azienda sono indirizzati a garantire l'assistenza migliore ai cittadini secondo criteri di appropriatezza, qualità e sicurezza, coerentemente con quanto emerge dall'analisi dei bisogni e dei determinanti di salute della popolazione di riferimento, così come delineato anche nei documenti di programmazione sanitaria 2024-2026 e tenuto conto degli obiettivi strategici assegnati a questa Azienda dall'Assessorato Regionale alla Sanità (delibera n. 2/7 del 18.01.2024).

Sarà indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato tra le diverse strutture e attività presenti nel Territorio e negli Ospedali che, isolati, non possono rappresentare l'unica risposta ai bisogni di salute.

L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile ha rappresentato una evoluzione verso un approccio combinato, in cui tutti gli obiettivi tengono conto degli aspetti economici, sociali e ambientali e mirano a porre fine alla povertà, restituire la dignità alle persone e, nel contempo, a preservare la natura e l'ambiente.

Secondo questa nuova visione la salute deve essere considerata come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente promuovendo l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti.

Di seguito si rappresentano gli obiettivi strategici e l'impatto sul valore pubblico generato.



Obiettivo Strategico	Misure e azioni per il raggiungimento della strategia	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sul Valore Pubblico			
						Benessere economico	Benessere sociale	Benessere ambientale	Benessere salute
Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	94,69% al 30.09.2023	>=95%	>=95%	>=95%		X		X
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	94,56% al 30.09.2023	>=95%	>=95%	>=95%		X		X
	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	35,37% campagna 2022	miglioramento rispetto all'anno precedente	>=75%	>=75%		X		X
Realizzare interventi efficaci di prevenzione dei tumori offerti alla popolazione in grado di incidere sulle disuguaglianze di salute	Attivare un programma per la Copertura Vaccinale contro l'HPV	41,8% al 31.12.2022	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente	>=95%		X		X
	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	48,23% rispetto al target del 35% copertura anno 2023	tasso di adesione reale: mantenimento copertura 2023 o quantomeno non inferiore al 38% (target regionale)	miglioramento rispetto al target regionale 2024	target regionale		X		X
	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	48,02% rispetto al target del 30% copertura anno 2023	tasso di adesione reale: mantenimento copertura 2023 o quantomeno non inferiore al 35% (target regionale)	miglioramento rispetto al target regionale 2024	target regionale		X		X
	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	44,49% rispetto al target del 20% copertura anno 2023	tasso di adesione reale: mantenimento copertura 2023 o quantomeno non inferiore al 25% (target regionale)	miglioramento rispetto al target regionale 2024	target regionale		X		X

Obiettivo Strategico	Misure e azioni per il raggiungimento della strategia	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sul Valore Pubblico			
						Benessere economico	Benessere sociale	Benessere ambientale	Benessere salute
Attuare azioni integrate che mirano alla prevenzione collettiva e alla sanità pubblica volti al raggiungimento degli obiettivi di salute delineati nei Piani e Programmi nazionali e regionali	Garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali del Piano Regionale di Prevenzione 2020-25	93% obiettivi 2022	>=90%	>=90%	>=90%	X	X	X	X
	Garanzia dei controlli per l'attività di vigilanza e sicurezza nei luoghi di lavoro: attuazione dei Piani di prevenzione nei comparti edilizia e agricoltura e di bonifica amianto	100% nel 2022	100%	100%	100%	X	X	X	X
	Rispetto dei programmi regionali dei controlli ufficiali in ogni ambito delle attività di prevenzione	100% nel 2022	>=90%	>=90%	>=90%	X	X		X
Ridurre le disuguaglianze di accesso alle prestazioni socio assistenziali attraverso lo sviluppo delle Reti Assistenziali di Prossimità	Realizzazione e attivazione delle Centrali operative territoriali (COT)	100% obiettivi raggiunti nel 2023	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	X	X	X	X
	Realizzazione e attivazione delle Case di Comunità	100% obiettivi raggiunti nel 2023	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	X	X	X	X
	Realizzazione e attivazione Ospedali di Comunità	100% obiettivi raggiunti nel 2023	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	X	X	X	X
	Rafforzamento della rete territoriale assistenziale mediante la previsione del modello sperimentale di infermiere di comunità	nel 2023 avvio di una sperimentazione nel Comune di Busachi e nel Comune di Laconi	avvio di una sperimentazione nel Distretto di Oristano, 1 nel Comune di Bosa, 1 nel Comune di Villa Sant'Antonio	avvio delle attività in ogni ambito aziendale	consolidamento delle sperimentazioni in ogni ambito aziendale	X	X	X	X
	Ripristinare la rete aziendale degli ambulatori infermieristici territoriali		Almeno 3 ambulatori infermieristici per Distretto	Almeno 2 ambulatori infermieristici per Distretto			X	X	X
	Aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare alla popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti	2,92% anno 2022	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente	X	X	X	X
	Evoluzione del progetto "Rete delle Cure Palliative"	Previsione della Unità Operativa Complessa Rete Locale Cure Palliative nell'Atto Aziendale	dotazione di ulteriori 2 medici				X		X
	Istituzione delle ASCoT per sopperire al fenomeno del sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale e nazionale	nell'anno 2023 apertura di 25 ambulatori ASCoT a servizio di 16.715 cittadini	apertura di 82 ambulatori ASCoT nel caso di conferma delle sedi carenti previste nel 2024				X	X	X
Garantire il rispetto dei tempi di comunicazione degli incarichi vacanti per le sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS da parte della Regione		- MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno				X	X		X

Obiettivo Strategico	Misure e azioni per il raggiungimento della strategia	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sul Valore Pubblico				
						Benessere economico	Benessere sociale	Benessere ambientale	Benessere salute	
Riqualificare l'assistenza specialistica ambulatoriale e completare i progetti di digitalizzazione e trasparenza	Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per esterni (da CUP) da parte degli specialisti ambulatoriali nei Distretti	88%anno 2023	85%	90%	90%	X	X		X	
	Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per interni	88% anno 2023	90%	90%	90%	X	X		X	
	Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per esterni nei servizi/reparti ospedalieri (da CUP)	95% anno 2023	90%	90%	90%	X	X		X	
	Migliorare il rapporto tra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo	77,70% anno 2023	85% (prime visite PNGLA)	85% (prime visite PNGLA)	85% (prime visite PNGLA)	X	X		X	
	Garantire una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA		95% del volume di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, rispetto ai volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo				X	X		X
	Incidere sull'abbattimento delle liste d'attesa mediante azioni mirate che coinvolgono gli specialisti ambulatoriali	Nell'anno 2023 è stato deliberato il nuovo tempario per la specialistica ambulatoriale	adozione del nuovo tempario per la specialistica ambulatoriale e controllo delle prestazioni orarie erogate				X	X		X

Obiettivo Strategico	Misure e azioni per il raggiungimento della strategia	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sul Valore Pubblico			
						Benessere economico	Benessere sociale	Benessere ambientale	Benessere salute
Qualificare l'offerta ospedaliera favorendo il miglioramento degli standard quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie ospedaliere	Riduzione dei ricoveri medici con finalità diagnostica eseguibili in setting assistenziali diversi dal ricovero	12% 1° semestre 2023	non superamento del target aziendale del 23%	non superamento del target aziendale del 23%	non superamento del target aziendale del 23%	X	X		X
	Riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	15% 1° semestre 2023	non superamento del target aziendale 17%	non superamento del target aziendale 17%	non superamento del target aziendale 17%	X	X		X
	Riduzione dei ricoveri inappropriati e ricollocazione nel corretto setting assistenziale (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B)	0,09% 1° semestre 2023	non superamento del target aziendale 0,29%	non superamento del target aziendale 0,29%	non superamento del target aziendale 0,29%	X	X		X
	Applicare il percorso sicurezza chirurgica attraverso la completa e corretta compilazione della SISPA	100%	100%	100%	100%	X	X		X
	Migliorare la proporzione delle colecistectomie laparoscopie con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	95,24% 1° semestre 2023	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	X	X		X
	Assicurare entro le 48 h il trattamento della frattura del femore in pazienti di età >=65 anni al fine di garantire un rapido e completo recupero	29,25% 1° semestre 2023	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%	X	X		X
	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni ostetriche ottimizzando la proporzione dei tagli cesarei primari (15% (D.M. 2 aprile 2015, n.70 PO < 1000 parti anno)	17% 1° semestre 2023	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 25%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 25%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 25%	X	X		X
	Riapertura dell'attività di Emodinamica nella ASL di Oristano	apertura h12 1° semestre 2023	apertura servizio h. 24	avvio a regime delle attività	avvio a regime delle attività	X	X		X

Implementazione di nuove strutture/servizi all'interno della rete ospedaliera aziendale e l'attivazione dei Dipartimenti Ospedalieri	3 nuove strutture nel 2023 (week surgery PPOO Bosa e Ghilarza, Senologia e Neurologia)	2 nuove strutture nel 2024 (Riabilitazione day hospital e ambulatoriale specialistico; Servizio Otorinolaringoiatria)			X	X		X
Istituzione del Centro di Accoglienza e Servizi (C.A.S.), quale punto di presa in carico del paziente oncologico nel suo percorso assistenziale	apertura in via sperimentale nell'anno 2023	funzionamento a regime per tutte le patologie oncologiche			X	X		X
Attivare un progetto di miglioramento per la gestione dei processi nel DH oncologico a partire dall'analisi delle criticità nella presa in carico del paziente, con il coinvolgimento dei servizi (SPS, laboratorio, radiologia, farmacia-ufa, ecc..) finalizzata a delineare un percorso agevole e efficiente		elaborazione di una procedura di presa in carico con il coinvolgimento dei servizi			X	X		X
Attivare almeno due gruppi interdisciplinari di cure oncologiche (DGR 38/49 del 17.11.2023)		adozione della delibera di attivazione dei due gruppi di cure oncologiche			X	X		X
Sala Operatoria: Monitoraggio lista d'attesa operatoria, individuazione criticità e individuazione azioni correttive	presentata rendicontazione nel giugno 2023	messa in atto prime azioni correttive a avvio attività formative per dirigenti medici e personale del comparto coinvolto nella gestione della Sala Operatoria	monitoraggio delle attività e verifica efficacia delle azioni messe in atto		X	X		X
Percentuale dei casi ove è presente concordanza tra codice di priorità in ingresso e in uscita in Pronto Soccorso	91% 1° semestre 2023	>=90%	>=90%	>=90%	X	X		X
Percentuale dei ricoveri con codici gialli e verdi	33% per i gialli e 6% per i verdi 1° semestre 2023	<45% per i gialli e <8% per i verdi	<45% per i gialli e <8% per i verdi	<45% per i gialli e <8% per i verdi	X	X		X
Nuove soluzioni organizzative all'interno del Pronto Soccorso per consentire il miglioramento della qualità delle cure, la riduzione del sovraffollamento dei pazienti e una maggiore appropriatezza dei ricoveri		attivazione dell'OBI	attivazione fast track		X	X		X

Obiettivo Strategico	Misure e azioni per il raggiungimento della strategia	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sul Valore Pubblico			
						Benessere economico	Benessere sociale	Benessere ambientale	Benessere salute
Modernizzare i servizi e innalzare gli standard di qualità delle prestazioni offerte mediante lo sviluppo integrato dei determinanti del governo clinico	Sviluppo della telemedicina quale modello di cura in rete per l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT	2 progetti (UO Cardiologia e Nefrologia) avviati su 3 da implementare	2 progetti (UO Cardiologia e Nefrologia) avviati su 3 da implementare	implementazione nuovi progetti di cardiologia e diabetologia		X	X	X	X
	Implementazione di nuovi Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali allo scopo di incrementare la qualità dell'assistenza erogata	redazione di 2 PDTA (carcinoma mammella e colon retto)	Adozione del PDTA Tumore della mammella. Costruzione PDTA Scompenso Cardiaco e Piede diabetico e definizione PDTA tumore colon-retto	Monitoraggio e manutenzione dei PDTA elaborati e costruzione PDTA Diabete, Asma e Bronchite cronica	Monitoraggio e manutenzione PDTA esistenti e costruzione PDTA nuovi in rapporto ad una valutazione epidemiologica.	X	X		X
	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo clinico attraverso FMEA per area	50 segnalazioni, 6 audit e 3 FMEA al mese di novembre 2023; anno 2022: 26 segnalazioni e 6 audit	>=80 segnalazioni >= 2 audit per UO con facilitatore formato >=1 FMEA per area	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente			X	X
	Pianificare un corso di formazione sugli strumenti della clinical governance, rivolto ai direttori di struttura e ai professionisti dell'azienda per facilitare la costruzione di percorsi di qualità nell'ambito dell'Organizzazione.		Pianificazione e attivazione di un corso sugli strumenti della clinical governance	Prosecuzione dei progetti avviati	Prosecuzione dei progetti avviati	X	X		X
	Formazione sui temi della qualità e della sicurezza delle cure		Pianificazione e organizzazione di corsi per la rete aziendale dei facilitatori e referenti della qualità e del rischio clinico	Prosecuzione e affinamento dei progetti avviati sui temi della sicurezza delle cure		X	X		X
	Formazione sulle tematiche della Medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) rivolte ai professionisti sanitari dell'azienda		Pianificazione e organizzazione di corsi per l'implementazione di strumenti digitali affidabili di livello internazionale per il supporto alle decisioni cliniche al letto del malato e nelle discussioni collegiali dei casi complessi.			X	X		X

	Partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere		>=85% del target previsto dal PNRR M6C2.2.2b)			X	X		X
	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione mediante la redazione dei un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionale (DM 2.11.2015)		redazione del progetto entro l'anno	applicazione del progetto		X	X		X
	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione (indice di gradimento)	8,6 nel periodo gennaio-agosto 2023	>=7	>=7	>=7	X	X		X
	Diffondere una cultura aziendale orientata al miglioramento continuo del contributo che ciascuno apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda e alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è costituita. Adottare il nuovo regolamento sulla Performance Organizzativa e Individuale -	approvato il nuovo regolamento sulla Performance Organizzativa e Individuale	Applicazione del nuovo regolamento	Misurazione della performance 2024 con il nuovo sistema		X	X		X

Obiettivo Strategico	Misure e azioni per il raggiungimento della strategia	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sul Valore Pubblico				
						Benessere economico	Benessere sociale	Benessere ambientale	Benessere salute	
Migliorare la qualità del dato e dei flussi informativi aziendali a sostegno del processo di digitalizzazione della sanità	Migliorare la qualità dei dati del flusso A rispettando le scadenze del disciplinare tecnico (RO e DS)	100% 1° semestre 2023	100%	100%	100%	X	X		X	
	Migliorare la coerenza dei dati del flusso O rispetto a quanto presente nel FLUSSO FLS 21	anno 2019: 59% anno 2022: 97%	100%	100%	100%	X	X		X	
	Migliorare il rispetto delle tempistiche di inoltro dei modelli ministeriali NSIS rispetto alle scadenze	100% anno 2023	100%	100%	100%	X	X		X	
Implementare la nuova organizzazione aziendale e presidiare il processo di cambiamento organizzativo	Implementazione Atto aziendale	conferimento 5 incarichi dirigenziali gestionali staff e tecno struttura amministrativa e conferimento 4 incarichi direzione strutture sanitarie	conferimento 3 incarichi direzione strutture sanitarie	conferimento 3 incarichi direzione strutture sanitarie		X	X		X	
	Ricognizione della dotazione organica della ASL di Oristano a seguito della adozione dell'Atto Aziendale	adottata dotazione organica nel mese di giugno 2023	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo	X	X		X	
	Predisposizione di un Regolamento di Organizzazione contenente anche il Funzionigramma Aziendale e il sistema di deleghe per funzioni	Funzionigramma Aziendale e sistema di deleghe per funzioni adottato nel mese di luglio 2023 per le strutture amministrative e di staff	Adozione del Regolamento di Organizzazione e gestione delle funzioni socio sanitarie e delle integrazioni ospedale-territorio				X	X		X
	Adozione dei principali Regolamenti Aziendali		entro il mese di novembre					X		X
	Migliorare il sistema di acquisizione di nuove competenze e di aggiornamento delle conoscenze		70% degli eventi realizzati rispetto a quelli contenuti nel PAF	80% degli eventi realizzati rispetto a quelli contenuti nel PAF			X	X		X
	Promuovere la salute e il benessere del personale dell'azienda	CUG costituito nel mese di ottobre 2023	Redazione del Piano delle Azioni positive	Attività del CUG a regime	monitoraggio sulla realizzazione delle azioni contenute nel Piano delle Azioni Positive		X	X		X



Obiettivo Strategico	Misure e azioni per il raggiungimento della strategia	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sul Valore Pubblico			
						Benessere economico	Benessere sociale	Benessere ambientale	Benessere salute
Promuovere la trasparenza, l'integrità e le strategie di contrasto alla corruzione	Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza sensibilizzando i direttori delle articolazioni organizzative dell'Azienda sul controllo dell'efficacia delle misure di contenimento del rischio degli eventi corruttivi	trasmesse entro novembre 2023 la relazione annuale all'RPCT da parte delle strutture aziendali	trasmissione entro l'anno in corso di una relazione annuale all'RPCT	trasmissione entro l'anno in corso di una relazione annuale all'RPCT	trasmissione entro l'anno in corso di una relazione annuale all'RPCT	X	X		X
	Rispetto degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Trasparenza" del sito aziendale	aggiornamento continuo della sezione	aggiornamento continuo della sezione	aggiornamento continuo della sezione	aggiornamento continuo della sezione	X	X		X
	Sperimentazione della digitalizzazione dei registri degli accessi documentali, civici e civici generalizzati che riportano le diverse tipologie di istanze presentate	avviata la sperimentazione nel 2023	digitalizzazione del registro accessi documentali	digitalizzazione dei tre registri		X	X		X
	Partecipazione agli eventi formativi in materia di trasparenza e anticorruzione	nel 2023 è cresciuta di oltre il 50% la partecipazione del personale dipendente ai corsi di formazione	% migliorativa rispetto all'anno precedente	obblighi formativi assolti per la totalità del personale	obblighi formativi assolti per la totalità del personale	X	X		X
Migliorare gli strumenti di comunicazione e di accessibilità ai servizi	Garantire la migliore accessibilità alle informazioni sui servizi erogati dall'azienda mediante il completamento del nuovo sito istituzionale della ASL di Oristano anche mediante una semplificazione del linguaggio e dei percorsi per l'accesso all'informazione	nel 2023 si è provveduto al continuo aggiornamento dei contenuti del sito	aggiornamento continuo del sito	aggiornamento continuo del sito	aggiornamento continuo del sito	X	X	X	X
	Attivazione del canale telegram per una maggiore diffusione delle informazioni sanitarie	nel 2023 attivato canale Telegram, WhatsApp e YouTube e realizzato un TG della ASL con informazioni sulle attività aziendali	aggiornamento continuo dei canali attivati nel 2023 e pubblicazione Carta dei Servizi Aziendale	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo	X	X		X
	Prevedere un percorso di standardizzazione e digitalizzazione della modulistica dei diversi servizi aziendali rivolto sia agli utenti esterni che interni	nel 2023 sono state standardizzate e pubblicate nel sito 10 procedure	standardizzazione di ulteriori 10 procedure	standardizzazione di ulteriori 10 procedure		X	X	X	X

Obiettivo Strategico	Misure e azioni per il raggiungimento della strategia	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sul Valore Pubblico				
						Benessere economico	Benessere sociale	Benessere ambientale	Benessere salute	
Sviluppare modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto	Mappatura delle tipologie di lavoro che possono essere svolte in modalità agile	redatta mappatura nel mese di giugno 2023				X	X	X	X	
	Mappare l'adeguata dotazione tecnologica dell'Azienda da fornire al dipendente	non presentata mappatura dotazione tecnologica da parte dell'ICT	richiesta mappatura ad ARES entro l'anno			X	X	X	X	
	Adottare il Regolamento per il Lavoro Agile, che sarà redatto tenuto conto del contributo delle organizzazioni sindacali, e definire il format di accordo individuale per l'esecuzione del lavoro agile	redatto regolamento nel mese di luglio 2023				X	X	X	X	
	Raccogliere i fabbisogni formativi e avviare la fase formativa per i dirigenti e i dipendenti finalizzata al miglioramento delle competenze nell'utilizzo delle tecnologie digitali	raccolto il fabbisogno formativo nel mese di novembre 2023				X	X	X	X	
	Predisposizione del fabbisogno formativo finalizzato al Consolidamento di una cultura orientata al lavoro per obiettivi, per progetti e processi, con la capacità di misurarne i risultati rivolta ai dirigenti e ai dipendenti				entro dicembre 2025	X	X	X	X	
	Perfezionamento delle dotazioni tecnologiche dell'Azienda da fornire al dipendente				entro dicembre 2025	X	X	X	X	
	Consolidamento di una cultura manageriale orientata ai risultati. Saranno oggetto di studio e definiti gli indicatori maggiormente utili a misurare e valutare il potenziale contributo del Lavoro Agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi					entro dicembre 2026	X	X	X	X
	Valutazione dell'impatto del Lavoro Agile sulla performance organizzativa					entro dicembre 2026	X	X	X	X

Obiettivo Strategico	Misure e azioni per il raggiungimento della strategia	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sul Valore Pubblico			
						Benessere economico	Benessere sociale	Benessere ambientale	Benessere salute
Sviluppare strumenti di governo e di controllo della spesa finalizzato ad un ottimale uso delle risorse limitate e scarse, condizione indispensabile per assicurare garanzia di equità ai cittadini nel fruire dei livelli essenziali di assistenza	Ricognizione dei progetti finanziati vincolati: predisposizione di un report di ricognizione con la fonte di finanziamento e rendicontazione dei residui	rendicontazione parziale al mese di novembre 2023	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	X	X		X
	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali: ridurre la presenza di imputazioni a centri di rilevazione comuni	6,45% al mese di settembre 2023	soglia di errore entro il 3%	soglia di errore entro il 3%	soglia di errore entro il 3%	X	X		X
	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali: dettagliare la chiave contabile nelle scritture in prima nota	94,21% al mese di settembre 2023	>= 97%	>= 97%	>= 97%	X	X		X
	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali: garantire la presenza del legame al codice di progetto nelle subautorizzazioni di spesa	97,95% nel mese di settembre 2023	>=97%	>=97%	>=97%	X	X		X
	Raggiungere l'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	media 28,3 gg al 31/12/2023 rispetto ai 30 gg previsti	30gg per le liquidazioni e 30gg per la registrazione fatture e i pagamenti	30gg per le liquidazioni e 30gg per la registrazione fatture e i pagamenti	30gg per le liquidazioni e 30gg per la registrazione fatture e i pagamenti	X	X		X
	Creazione di un Fascicolo digitale contenente le informazioni di sintesi dei contenziosi in corso e degli anni pregressi (2022)	creato fascicolo digitale nel mese di giugno	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo	X	X		X
	Rendicontazione periodica sullo stato dei contenziosi	avvio rendicontazione periodica dal mese di giugno 2023	report semestrale/ annuale	report semestrale/ annuale	report semestrale/ annuale	X	X		X
	Realizzazione di un Campo Fotovoltaico all'interno del perimetro ospedaliero di Oristano			avvio attività di installazione		X	X	X	X
	Redazione di report periodici degli interventi di manutenzione pianificati ed effettuati (stato dei lavori) e di eventuali richieste fuori programma	avvio rendicontazione periodica dal mese di giugno 2023	report semestrale	report semestrale	report semestrale	X	X	X	X
Redazione di report periodici degli investimenti pianificati con stati di avanzamento dei lavori	avvio rendicontazione periodica dal mese di giugno 2023	report semestrale	report semestrale	report semestrale	X	X	X	X	

Di seguito una esplicitazione degli obiettivi strategici sopra enunciati e l'impatto sul valore pubblico generato.

### **Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente**

Lo sviluppo di strategie per promuovere e migliorare la performance in termini di malattie prevenibili da vaccino sono contenute nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025, recepito con Delibera della Giunta Regionale n. 46/39 del 22.12.2023, che questa azienda osserverà per promuovere gli interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia e in quelli difficilmente raggiungibili, con un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente e diretto alla riduzione delle disuguaglianze.

La vaccinazione infatti rimane uno degli interventi più efficaci e sicuri di sanità pubblica per la prevenzione delle malattie infettive, ed è strumento di promozione e conservazione della salute individuale e collettiva.

L'obiettivo che ci si pone nel triennio è quello di contrastare il calo delle coperture vaccinali obbligatorie, per i minori di 16 anni in particolare sulle dieci vaccinazioni incluse nel calendario vaccinale nazionale tra quelle raccomandate per questa fascia di età, al fine di raggiungere la soglia del 95% raccomandata, soglia che dal 2013 è in calo anche a livello nazionale.

Inoltre sarà prevista l'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV anche alle donne 25enni non vaccinate, in occasione dello screening per il tumore della cervice uterina e il mantenimento della gratuità nei programmi di recupero che dovranno essere incentivati così come indicato dalla DGR 27/39 DEL 10.08.2023 "Programma di recupero (catch up) delle vaccinazioni contro il papilloma virus umano (HPV)".

La promozione attiva e l'erogazione diretta delle vaccinazioni ai soggetti fragili ad aumentato rischio di contrarre malattie infettive e/o a sviluppare complicanze, potrà avvenire in maniera sempre più capillare anche presso i Centri specialistici territoriali e/o ospedalieri (prioritariamente i Centri diabetologici, cardiologici, onco-ematologici e nefrologici), previo coinvolgimento, sensibilizzazione e formazione degli specialisti clinici, che ne valorizzi, tra l'altro, il ruolo fondamentale nel counselling specifico nelle condizioni diagnostiche terapeutiche complesse.

L'attività vaccinale garantita in modo capillare sul territorio garantisce alla popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza, dal reddito e dalle condizioni socio-economiche e culturali, l'equità nell'accesso al servizio e, quindi, i pieni benefici in termini di protezione individuale e di prevenzione collettiva.

### **Realizzare interventi efficaci di prevenzione dei tumori offerti alla popolazione in grado di incidere sulle disuguaglianze di salute**

Gli interventi delineati da questa Azienda per tale ambito sono quelli ricompresi nel Piano oncologico nazionale 2023-2027, in cui si raccomanda di utilizzare un approccio globale e intersettoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico, compreso il miglioramento delle cure e la prevenzione delle recidive. Grande attenzione è stata posta poi agli interventi per migliorare

l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni diagnostiche terapeutiche che devono avvenire in maniera puntuale, appropriata e trasparente, riducendo i tempi di attesa e, soprattutto, garantendo equità nell'accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini.

Nel rispetto di quanto contenuto nel piano oncologico nazionale appena citato questa Azienda, coerentemente con quanto contenuto nel Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione 2020-2025, proseguirà nel mettere in atto tutte quelle azioni di prevenzione primaria che favoriscono stili di vita salutari nei contesti di vita, partendo dall'ambiente scolastico fino ai luoghi di lavoro. Saranno sempre più potenziati i programmi organizzati di screening oncologici per i quali questa Azienda già nel 2023 ha ottenuto ottimi risultati ed è riuscita a colmare buona parte del ritardo accumulato durante la pandemia. Infine, come ricordato nel paragrafo precedente, altro punto cardine è rappresentato dal rafforzamento degli interventi per aumentare le coperture vaccinali contro gli agenti infettivi (come il Papilloma virus e il virus dell'epatite B) che causano tumori.

Insieme alle attività di promozione della salute e prevenzione si proseguirà con lo sviluppo dei progetti iniziati nell'anno 2023 per favorire sempre più un'assistenza domiciliare e integrata con l'ospedale e i servizi territoriali, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo di erogare servizi anche a distanza mediante team multiprofessionali. In questa direzione si pongono i PDTA in corso di perfezionamento per la presa in carico del paziente affetto da carcinoma al colon retto e della mammella e l'apertura del C.A.S. (Centro di Accoglienza e Servizi) a livello aziendale quale valido strumento per permettere la presa in carico già in fase di fondato sospetto di neoplasia da parte del MMG, di altro specialista o in seguito a percorsi di screening o intraospedalieri. Una volta avviato il percorso da parte del C.A.S., anche mediante l'adozione dei PDTA locali, sarà possibile attivare in modalità agevolata la gestione del percorso di presa in carico e di follow-up. Tale percorso sarà osservato anche nel rispetto di quanto indicato nella DGR n. 38/49 del 17.11.2023 "Livelli e strumenti della Rete oncologica regionale".

Lo sviluppo di queste azioni e l'applicazione di questi strumenti si pongono l'obiettivo più generale di garantire omogeneità ed equità di accesso alle cure.

### **Attuare azioni integrate che mirano alla prevenzione collettiva e alla sanità pubblica volti al raggiungimento degli obiettivi di salute delineati nei Piani e Programmi nazionali e regionali**

Nell'anno 2023 sono stati garantiti i volumi richiesti dai Piani di risanamento delle malattie animali e sono aumentate le verifiche in regime di emergenza urgenza. Sono inoltre aumentate, per riportarsi ai livelli del periodo pre pandemia, anche i controlli agli stabilimenti e attività commerciali e alle carni macellate. Anche i controlli sugli alimenti, le acque destinate al consumo umano e i prodotti sanitari sono aumentati rispetto all'epoca pre pandemica. Si proseguirà su tale direttrice anche nel triennio 2024-2026 potenziando i controlli e i campionamenti richiesti dalla programmazione regionale e le ulteriori attività svolte a seguito dell'attivazione di sistemi di allerta o legate a esigenze epidemiologiche e eventi straordinari.

Tutto ciò in sintonia con la strategia "One health" (una sola salute) che prevede un approccio integrato per la tutela della salute degli animali e degli esseri umani tenuto conto, oltretutto, del nesso tra ambiente e salute.

La prevenzione e il controllo delle malattie animali trasmissibili, in particolare delle zoonosi (malattie trasmissibili tra gli animali e l'uomo) e la sicurezza alimentare costituiscono il terreno di incontro tra la sanità pubblica veterinaria, la medicina umana, l'ambiente e l'agricoltura.

La salute, l'ambiente e lo sviluppo sociale ed economico sono elementi fortemente correlati ed inscindibili. Infatti lo sviluppo di attività produttive di qualità e la valorizzazione delle tipicità del territorio costituiscono ricchezza ed opportunità per sviluppare l'economia delle imprese (agricole, alimentari, di servizi). La "Qualità" però non può prescindere dai fondamentali livelli di garanzie di sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro: in tal senso la professionalità degli operatori del dipartimento di prevenzione della nostra Azienda può favorire e supportare questo miglioramento che si traduce infine in azioni specifiche a salvaguardia dell'ambiente e della salute del cittadino.

Pertanto l'azione del Dipartimento di Prevenzione e dei suoi operatori è orientata non solo dall'esecuzione di attività ispettive e di controllo ma piuttosto dallo sviluppo di percorsi di informazione, formazione, e sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici del territorio.

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

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

I programmi da sviluppare sono i seguenti:

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

I programmi svolti in maniera capillare in tutto il territorio regionale e provinciale, pone quale priorità la riduzione delle disuguaglianze sociali e geografiche che rendono le persone più vulnerabili ai fattori di rischio per la salute e la qualità della vita.

### **Ridurre le disuguaglianze di accesso alle prestazioni socio assistenziali attraverso lo sviluppo delle Reti Assistenziali di Prossimità**

La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, regolata dal decreto n. 77 del 23 maggio del 2022, definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

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

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

Il nuovo modello organizzativo si svilupperà in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche e ridisegna funzioni e standard del Distretto con i seguenti principali contenuti.

**Le Case della Comunità**, finanziate con le risorse del PNRR, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione. È prevista l'attivazione delle Case della Comunità nei seguenti comuni del territorio provinciale:

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

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

- Oristano
- Tramatza
- Samugheo
- Ghilarza
- Santulussurgiu

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

**Le Centrali Operative Territoriali - COT**, finanziate con le risorse del PNRR, svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogano con la rete

dell'emergenza-urgenza, al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Saranno i nodi strategici che permetteranno di passare da un approccio prestazionale ad una logica di presa in carico del paziente da parte del servizio sanitario.

Per la Provincia di Oristano è prevista l'attivazione di 2 COT, anche grazie alle risorse nazionali e regionali dedicate (investimento 1.2 del PNRR missione 6 componente 1); una nel comune di Oristano e una nel comune di Ghilarza. È prevista inoltre una ulteriore COT nel comune di Ales (finanziamenti FESR). I lavori iniziati nel 2023, prevedono quale termine ultimo marzo 2024. Le attrezzature saranno fornite nel 2024. L'intero progetto si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2024.

**L'Infermiere di Famiglia e Comunità** è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, dedicato alla guida del cittadino nella promozione e gestione della salute, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali. Agisce sia in ambito familiare che comunitario, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area di riferimento, garantendo una risposta capillare ed immediata ai bisogni sanitari di prossimità dei cittadini. Tale figura afferisce al distretto sanitario e si inserisce nell'organizzazione territoriale aziendale, all'interno delle Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e Unità di Continuità Assistenziale per divenire punto riferimento per la popolazione assistita.

Nel corso dell'anno 2023 è stata attivata la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità nell'ambito di riferimento di Busachi e Laconi. L'attivazione è stata preceduta dalla formazione di n. 24 operatori attraverso un evento di n. 104 ore dal titolo: "Integrazione territorio ospedale: il ruolo dell'infermiere di comunità" e dai seguenti corsi di formazione specifica, organizzati a livello aziendale, "La presa in carico infermieristica della persona con scompenso cardiaco", "La presa in carico infermieristica della persona con scompenso diabetologico e nefrologico" e "Incontro informativo rivolto all'Infermiere di Comunità per un corretto orientamento sulla presa in carico del paziente con problematiche psichiatriche e/o dipendenza". I corsi sono stati preceduti dalla definizione di percorsi assistenziali condivisi tesi a garantire le prestazioni appropriate con efficacia, efficienza, e sicurezza per assistiti e operatori.

Nel corso dell'anno 2024 la figura sarà implementata con una ulteriore sperimentazione (un infermiere di comunità per singolo Distretto), nel Distretto di Oristano, nel Comune di Bosa e nel Comune di Villa Sant'Antonio; nel 2025 saranno avviate le attività in ogni ambito aziendale.

Nell'alta Marmilla sarà attivata inoltre una convenzione con l'Unione dei Comuni che attiverà apposito Progetto PNRR per l'implementazione della figura de quo.

In coerenza con il modello della medicina (nursing) di prossimità ci si propone di attivare una rete degli ambulatori infermieristici territoriali. L'ambulatorio infermieristico (A.I.) è quella struttura o luogo fisico, collocata nel territorio e/o in ambito ospedaliero, preposta all'erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, che ne è responsabile ai sensi del DM 739/94 e delle leggi 42/1999 e 251/2000. La rete rappresenta un nuovo modello di organizzazione e gestione dell'assistenza infermieristica in grado di rispondere, con competenza, alle diverse esigenze della collettività,



in rete con l'Infermiere di famiglia e di comunità, i MMG, gli specialisti. Gli ambulatori infermieristici dislocati sul territorio saranno inoltre la sede per la successiva attivazione dell'Infermiere di famiglia e di comunità.

**L'Assistenza domiciliare**, che si riferisce 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, dovrà essere potenziata. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana; il tutto si svolge all'interno dell'ambito domestico del paziente che si tende a promuovere quale primo luogo di cura.

Il potenziamento di questa forma di assistenza alternativa al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative avverrà in stretto raccordo con le programmazioni locali sociali e socio sanitarie dei PLUS. È intendimento di questa Direzione ristrutturare le attività delle cure domiciliari e della rete più in generale, prevedendo la ricollocazione del personale necessario dedicato alle attività delle cure domiciliari e palliative per assicurare un incremento della presa in carico della popolazione soprattutto anziana. Per il governo della Rete Locale delle Cure Palliative aziendale, ideata secondo le caratteristiche identificate dal DM 77, è stata prevista nell'Atto Aziendale, all'Interno del Dipartimento delle attività territoriali, l'Unità Operativa Complessa rete Locale Cure Palliative, costituita da un organismo di coordinamento, un Hospice, due UCP Domiciliari, uno o più ambulatori di cure palliative una unità funzionale di consulenze ospedaliere. Nell'anno 2024 il personale sarà integrato ulteriormente da una unità medica e sono in corso di pubblicazione ulteriori 36 ore di specialistica ambulatoriale di cure palliative utili al fine di raggiungere la copertura territoriale.

**L'Ospedale di comunità** è una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Per il territorio provinciale di Oristano è stata prevista l'attivazione di due Ospedali di Comunità uno a Bosa e uno a Ghilarza da finanziare con i fondi del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.3); tali Ospedali sono stati previsti anche nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017.

I lavori iniziati nel 2023, proseguiranno negli anni 2024 e 2025 con l'ultimazione dei lavori e la consegna delle attrezzature prevista per il mese di marzo 2026. Il progetto si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2026. Tuttavia l'ospedale di Comunità di Ghilarza è attivo dal 18 febbraio 2023 la cui attività è stata utile quale sperimentazione del modello da implementare anche a Bosa. Alla luce delle criticità emerse da questa prima esperienza si ritiene che obiettivo per il 2024 possa essere un aggiornamento o rivisitazione della procedura di reclutamento del paziente e il potenziamento dell'organico con le figure professionali carenti quali fisiatra, neurologo, pneumologo, da dedicare, seppur in modo non esclusivo all'Ospedale di Comunità.

Sempre nel corso del 2023 ha visto la luce il **Centro di Accoglienza e Servizi (C.A.S.)**, quale punto di presa in carico e orientamento del paziente oncologico nel suo percorso assistenziale. Il servizio funzionerà a regime nel 2024. Il C.A.S. è disegnato secondo un modello di rete non solo interna all'azienda ma anche con gli altri C.A.S. regionali. Il Centro accoglierà il paziente con sospetto o prima diagnosi di patologia oncologica, informandolo in merito alle modalità di accesso e lo supporterà lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico; dalla presa in carico, alla prenotazione di prestazioni preliminari alla diagnosi fino alla cura, alle dimissioni e al controllo del decorso della malattia, senza peraltro trascurare il supporto psicologico sia per il paziente che per i familiari.

Il modello di medicina di prossimità proposto dalla riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, che consentire a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie in maniera diffusa e capillare, permettere al contempo lo sviluppo di una medicina virtuosa capace di incrementare la sostenibilità del sistema con la sua azione di filtro sia nella cura delle patologie da primo approccio sia nella selezione degli esami strumentali di primo livello e nell'accesso allo specialista. Senza questo filtro il SSN non reggerebbe per la presenza di richieste spesso inappropriate. Questo ruolo di filtro è spesso assunto dal **medico di famiglia** che deve curare e soprattutto promuovere la salute nel territorio e che per la sua diffusione capillare gli consente di avere una conoscenza profonda del luogo di vita dei suoi pazienti, delle loro abitudini e degli stili vita.

Purtroppo il fenomeno del sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale e nazionale ha lasciato una parte della popolazione regionale e quindi provinciale senza medico di medicina generale, motivo per il quale questa Azienda ha dovuto affrontare e risolvere il problema mediante la sperimentazione dei cosiddetti **"Ambulatori straordinari di comunità territoriali" (Ascot)**, dedicati esclusivamente ai cittadini senza assistenza sanitaria di base residenti nell'ambito territoriale di riferimento.

I numerosi bandi di sostituzione o di incarico provvisorio negli ambiti territoriali interessati, espletati sotto nostra richiesta da ARES, sono andati quasi tutti deserti. L'istituto della deroga al massimale con aumento della quota assistiti a 1800 unità è stata espedita più volte, nonostante ciò il ricorso alla Guardia Medica Diurna si è rivelato totalmente insufficiente per la scarsa disponibilità offerta dai medici della Continuità Assistenziale, ed inoltre, inadeguata al fabbisogno della collettività in quanto gli articoli del contratto limitavano enormemente il potere prescrittivo e assistenziale di tali figure (artt 43 e 45 comma 7 ACN medici medicina generale 2022).

Nel mese di marzo vede la luce il progetto ASCoT (Ambulatori Straordinari di Comunità Territoriali) con la delibera del DG n°80 del 8.03.2023, condiviso previamente con i sindacati firmatari dell'ACN per la Medicina Generale a cui farà seguito l'Accordo Attuativo Aziendale ai sensi delle normative e dei contratti vigenti. Il progetto segue l'iter attraverso il bando, la selezione e l'arruolamento dei medici che erano già in rapporto con l'Azienda con incarichi di titolarità o provvisori.

Il 27 marzo si aprono gli ambulatori ASCoT su 10 paesi: Nurachi, San Vero Milis, Busachi, Uras, Tramatzu, Simaxis, Villaurbana, Samugheo, Ardauli, Terralba a servizio di 12.750 cittadini senza medico di base. Il progetto coordinato dall'Ufficio Integrazione Ospedale Territorio e monitorato in tempo reale nel fabbisogno rimodulativo in aumento o in diminuzione in relazione all'arrivo di nuove figure professionali o alternativamente alle cessazioni o trasferimenti. Nell'anno 2023 si contavano 25 ambulatori ASCoT a

servizio di 16.715 cittadini; ad oggi sono diventate 82 le sedi carenti. L'aumento delle sedi carenti dimostra che il problema dell'assistenza primaria nel 2024 non vedrà nell'immediato soluzione o miglioramento. Poiché lo strumento si è dimostrato efficace anche se non esaustivo, versatile, economico, plastico, veloce nella rimodulazione e rispondente alle emergenze è intendimento della Direzione mantenerlo in essere per tutto il 2024.

### **Riqualificare l'assistenza specialistica ambulatoriale e completare i progetti di digitalizzazione e trasparenza**

Negli anni questa Azienda ha lavorato alla riqualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale mediante il presidio sui tre fronti sotto elencati utili ad un governo della domanda:

- utilizzo sistematico delle classi di priorità, sulla base delle corrette indicazioni cliniche;
- presenza del quesito diagnostico;
- corretta indicazione dei primi accessi e degli accessi successivi;
- completa digitalizzazione della prescrizione e pieno utilizzo della Cartella Clinica Ambulatoriale informatizzata.

Anche per il prossimo triennio sul fronte della domanda si dovrà agire con azioni mirate all'utilizzo sistematico delle classi di priorità, sulla base delle corrette indicazioni cliniche; della corretta applicazione dei RAO sulla base del quesito diagnostico apposto, e sulla corretta individuazione e indicazione dei primi accessi e degli accessi successivi. Il modello RAO parte dall'assunto che i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, oggetto di monitoraggio, debbano essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui. Oltre al modello RAO relativo alle prestazioni soggette a monitoraggio, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 59/5 del 4.12.2018, si potrebbe fare riferimento anche al Manuale RAO dell'Agenas aggiornato al 2021.

Sul fronte dell'offerta si dovrà investire sull'assunzione di nuovi specialisti per le discipline carenti che possano dedicarsi all'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e riportare i tempi di attesa all'interno dello standard regionale.

Considerato che il problema della carenza di personale, soprattutto medico che opera nel pubblico, permane ancora, si dovrà proseguire con il ricorso a progetti di recupero delle liste d'attesa finanziati e si dovrà intervenire nella riorganizzazione delle agende di prenotazione. Tra le azioni da intraprendere vi sarà l'applicazione del nuovo tempario delle prestazioni e il coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali interni con prestazioni aggiuntive in extra-orario, sarà inoltre ricercata mediante manifestazioni d'interesse la disponibilità di specialisti ambulatoriali convenzionati. Si procederà quindi alla verifica mensile delle prestazioni ordinarie eseguite e di quelle rese in prestazioni aggiuntive.

### **Qualificare l'offerta ospedaliera favorendo il miglioramento degli standard quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie ospedaliere**

Sul fronte dell'assistenza ospedaliera nel 2023 sono state poste le basi per lo sviluppo del modello organizzativo delineato nell'atto aziendale. Sono state attivate alcune strutture quali quella della Senologia, della Week Surgery dei PPOO di Bosa e Ghilarza, della Emodinamica e della Neurologia e sono stati avviati i concorsi per il conferimento degli incarichi di direttore di struttura che nella gran parte dei casi erano provvisori. Nel 2024 si pensa di portare a termine l'attività di conferimento degli incarichi di direttore di struttura per tutte le strutture sanitarie ospedaliere e si avvierà l'attività per l'apertura delle altre nuove strutture. Funzionale all'apertura dei nuovi servizi si proseguirà inoltre con il reclutamento di nuovo personale attraverso il Piano delle assunzioni allegato al presente documento, e si inizieranno a porre in essere politiche volte a valorizzare le professionalità e il know how del personale già presente in azienda.

Oltre all'implementazione delle nuove strutture, all'interno della rete ospedaliera aziendale saranno attivati  ***i Dipartimenti Ospedalieri;*** l'organizzazione della rete ospedaliera aziendale si sviluppa secondo il modello dipartimentale che grazie all'integrazione fisica, organizzativa e clinica consente di elevare l'efficienza e la qualità dei risultati.

Nel corso del triennio 2024-2026 si procederà con l'attivazione progressiva dei Dipartimenti previsti dall'Atto Aziendale:

- Dipartimento Cure Chirurgiche
- Dipartimento Cure Mediche
- Dipartimento Emergenza e Urgenza
- Dipartimento dei Servizi

Di prossima istituzione sarà poi la nuova la struttura di **Riabilitazione day hospital e ambulatoriale specialistico**. La nuova rete riabilitativa aziendale intende superare le barriere tra ospedale e territorio andando a costituire un sistema che integri servizi ospedalieri, territoriali e il privato, nell'ottica di un nuovo modello gestionale integrato dei servizi riabilitativi provinciali. Il fine ultimo sarà quello di migliorare il percorso ospedale territorio in termini di continuità e di presa in carico riabilitativa, rendendolo omogeneo nelle diverse aree del territorio.

La rete riabilitativa così ridisegnata si articolerà nella S.C. "Medicina Riabilitativa e Neuroriabilitazione ospedale-territorio" (SC MRN) già attiva e nella SSD "Riabilitazione day hospital e ambulatoriale specialistico" (SSD RDHA) di prossima istituzione.

La recente istituzione della S.C **Week Surgery P.O. "Delogu" Ghilarza "Mastino" Bosa** avrà il compito di definire la sua azione chirurgica programmabile, su un livello di media e bassa intensità chirurgica distribuendo la propria attività sui due Stabilimenti ospedalieri territoriali di Bosa e Ghilarza. Risponderà quindi all'esigenza da un lato di permettere un maggiore sviluppo dell'attività chirurgica in elezione presso il P.O. San Martino, in particolare per le patologie oncologiche e su altre patologie di alta intensità e dall'altro di ridurre le liste d'attesa per patologie di media e bassa intensità, le quali rappresentano la percentuale più alta dei bisogni chirurgici aziendali.

Inoltre nell'anno 2024, con l'assunzione di medici specialisti, si prevede di attivare un servizio di **Otorinolaringoiatria** in attesa di avere una dotazione organica sufficiente per attivare la SSD dotata di

4 posti letto. La struttura si propone di potenziare l'offerta sanitaria del P.O. San Martino quale hub di primo livello, collocata nel Dipartimento di Cure Chirurgiche.

Si procederà quindi ad attivare **soluzioni organizzative all'interno del Pronto Soccorso** per consentire il miglioramento della qualità delle cure, la riduzione del sovraffollamento dei pazienti e una maggiore appropriatezza dei ricoveri, anche dato l'esiguo numero di medici strutturati che operano in questo servizio.

Sul fronte degli accessi sono stati approntati una serie di indicatori per il monitoraggio degli ingressi in termini di appropriatezza; sono tenuti costantemente sotto controllo ad esempio i ricoveri medici brevi o a rischio di inappropriatezza, la coerenza dei codici colore nel triage in ingresso e in uscita o la proporzione dei ricoveri derivanti da codici verdi e gialli, che dovranno essere mantenuti entro certi range di tolleranza. Sul fronte organizzativo saranno implementati due progetti. Il primo riguarda la stesura di un protocollo tra le strutture del Pronto Soccorso e della Medicina Interna affinché quest'ultima possa garantire le consulenze al P.S. per determinate casistiche; questa collaborazione ridurrà il tasso di ospedalizzazione soprattutto del reparto di Medicina che presenta anch'esso gravi carenze nella dotazione di personale medico. Altro progetto da sviluppare nel 2024 sarà quello della riapertura **dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)**. L'OBI ha il fine di definire nel minor tempo possibile una strategia terapeutica ed individuare il trattamento assistenziale più idoneo in un arco temporale di permanenza presso tale unità ben definito: da un minimo di 6 ore ad un massimo di 30. La riapertura dell'OBI, che nel periodo emergenziale era stato sospeso e che attualmente non è attivo per carenza di personale medico, compatibilmente con le risorse di personale a disposizione, garantirà anch'esso una maggiore appropriatezza nei ricoveri ospedalieri.

Sarà inoltre sviluppato un protocollo per la gestione del paziente con dolore toracico, condiviso con il Pronto Soccorso.

### ***Modernizzare i servizi e innalzare gli standard di qualità delle prestazioni offerte mediante lo sviluppo integrato dei determinanti del governo clinico***

Il miglioramento della qualità dei servizi erogati a cui questa Azienda si propone di tendere non può essere raggiunto concentrando gli sforzi in un'unica direzione o focalizzandosi su un unico aspetto. Essa richiede un approccio di sistema in un modello di sviluppo complessivo che comprende i pazienti, i professionisti e l'organizzazione presidiando e potenziando le attività riferite a diversi determinanti quali quelli del così detto "Governo Clinico": formazione continua, gestione del rischio clinico, medicina basata sull'evidenza, linee guida e percorsi assistenziali, ricerca e sviluppo, valutazione del personale, coinvolgimento dei pazienti, ecc. L'Azienda, grazie all'istituzione della SSD **Risk Management, Qualità e Formazione Permanente**, inserita nell'area di staff della direzione strategica, cercherà di migliorare le azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività sanitarie. La valutazione del rischio sanitario rappresenta una condizione indispensabile per migliorare i processi assistenziali. Si sottolinea la correlazione tra risk management e qualità assistenziale, come facce della stessa medaglia. Nel 2023 si è ricostruita la rete aziendale dei referenti per il Rischio Clinico e la Qualità all'interno di tutte le Unità Operative, formata dai professionisti che lavorano nelle singole articolazioni cliniche dell'azienda in numero di due (un medico e un infermiere) per ciascuna struttura. I referenti avranno il compito coordinati dal clinical risk manager aziendale di diffondere la cultura della sicurezza e dell'apprendimento dall'errore, favorendo la segnalazione degli eventi avversi o

dei quasi eventi (near miss) in un'ottica di miglioramento continuo. Soltanto l'emersione dell'errore in un clima non colpevolizzante (no blame culture) agevolerà il ciclo virtuoso del cambiamento nel comportamento organizzativo. Nel corso del 2024 si continuerà sulla strada già intrapresa estendendo l'autonomia delle unità operative ospedaliere, con i loro referenti, nella segnalazione e anche nell'analisi degli eventi avversi al fine di identificare gli aspetti critici in vari ambiti dell'assistenza e delineare un piano di miglioramento e un adeguato monitoraggio. Ci proponiamo anche di continuare il processo di formazione già avviato nel 2023 della rete dei referenti sui temi e sugli strumenti per la gestione del rischio sanitario, sia reattivi come la Root Cause Analysis (RCA) che contempla la ricerca delle cause profonde, fattori latenti o contribuenti al verificarsi di un determinato evento avverso, sia proattive, in qualche modo prospettiche, come la Failure Mode and Effect Analysis (FMEA), che consente attraverso l'apporto di un gruppo multidisciplinare di professionisti di analizzare in anticipo e di proporre dei correttivi in una o più fasi di un determinato percorso clinico. Ci si propone quindi anche di migliorare l'impiego della piattaforma regionale per le segnalazioni e l'analisi del rischio sanitario denominata SIRMES. Sistema Informativo Regionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.

Le Direzioni di Presidio proseguiranno inoltre nelle attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), nella sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico, nella sorveglianza delle antibiotico-resistenze anche attraverso studi di Prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici negli ospedali.

Strumenti importanti e funzionali alla presa in carico del paziente saranno i progetti di implementazione o aggiornamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come la descrizione puntuale, spazio-temporale, del "viaggio" del paziente nell'ambito della struttura sanitaria. Il PDTA o PCA (Percorso Clinico-Assistenziale) va costruito con un lavoro meticoloso da parte di un gruppo interdisciplinare di professionisti, con l'apporto possibilmente anche del punto di vista dei pazienti, basato sulle migliori evidenze della letteratura scientifica internazionale (EBM o Medicina basata sulle prove di efficacia), finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema di salute complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso (assistenza per intensità di cure).

Nei primi mesi dell'anno 2023 è stato costituito un gruppo di lavoro supportato da uno studio di consulenza per la redazione del PDTA per il tumore alla mammella. Il progetto portato a termine sugli obiettivi concordati nel dicembre 2023 permetterà di avere un percorso calato sulla realtà aziendale. Altro fronte su cui si sta lavorando è quello della redazione del PDTA per la presa in carico del paziente affetto da carcinoma al colon retto. Anche in questo caso i professionisti delle strutture interessate hanno iniziato l'elaborazione del percorso personalizzato sulla realtà locale.

Nel prossimo triennio si pensa di proseguire con lo sviluppo dei percorsi aziendali per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche come diabete, scompenso cardiaco, asma. Riguardo il diabete si vorrebbe implementare il PDTA sul piede diabetico, severa, talvolta invalidante complicanza della malattia diabetica, sia per strutturare il percorso del paziente sia per far emergere adeguatamente l'apprezzabile know-how aziendale nello screening, diagnosi e cura di questa patologia.

Questi obiettivi aziendali richiamano a loro volta altri due ambiziosi obiettivi che daranno valore all'ASL di Oristano riguardanti l'applicazione sempre più estesa di uno strumento digitale evoluto, *UpToDate*® fornito attraverso BSR (Biblioteca Scientifica Regionale) per la costruzione dei PDTA e per il supporto decisionale ai

medici nelle varie fasi del processo assistenziale, dalla diagnosi alla terapia al follow-up, e un progetto riguardante l'affinamento degli strumenti di clinical governance finalizzati proprio alla costruzione dei percorsi clinico-assistenziali. Nell'ambito del miglioramento della qualità dei servizi erogati da questa Azienda in ambito ospedaliero, si intende inoltre proporre e sviluppare un modello innovativo con l'attivazione della Discharge Room. Si tratta di una unità flessibile, sotto la responsabilità del Bed Manager, dove vengono ospitati i pazienti cui è stata programmata la dimissione. L'obiettivo è quello di rendere disponibili i posti letto, appena si è certi della dimissione, agevolando il ricovero dei pazienti in attesa al fine di snellire il processo di ricovero e ridurre il sovraffollamento del pronto soccorso, facilitando la disponibilità dei posti letto.

L'attenzione che la nostra azienda riserva all'esperienza dei pazienti anche attraverso la voce delle associazioni, aspetto che ci proponiamo di sviluppare meglio in futuro, è sottolineato anche dalla celebrazione svolta nel 2023 della giornata mondiale e nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita che aveva come tema proprio la centralità del paziente e il coinvolgimento dei pazienti nei processi assistenziali. Abbiamo voluto riflettere su queste tematiche con un momento di studio rivolto agli operatori sanitari e con un altro spazio pubblico riservato proprio ai pazienti e alle loro associazioni, grazie anche all'intervento della delegata del ministero della salute nelle sedi internazionali sui temi della sanità digitale.

Altro importante ambito in cui si è operato e per cui risulta necessario proseguire, con azioni rivolte ad una evoluzione continua, è quello che attiene allo sviluppo del Ciclo di Gestione delle Performance dell'ASL di Oristano, quale procedura per lo svolgimento del ruolo di governo, di trasparenza e responsabilizzazione.

A tale proposito, dal momento della nascita dell'Azienda ad oggi, sono state messe in atto le seguenti azioni:

- costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- adozione e pubblicizzazione del Piano della Performance Aziendale 2022-2024 e 2023-2025
- definizione e assegnazione degli obiettivi ai Centri di Responsabilità aziendali coerentemente alle linee strategiche aziendali e relativo monitoraggio dei risultati rispetto alle attese;
- adozione del regolamento di disciplina del "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" organizzativa e individuale, quale strumento atto a favorire il miglioramento del contributo che ciascuno apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda;

Si proseguirà quindi perfezionando gli strumenti adottati mediante:

- la rendicontazione dei risultati;
- l'aggiornamento dei Piani della Performance contenuti nei PIAO
- la messa a regime del nuovo sistema di misurazione e valutazione approvato di recente, con l'aggiornamento del software che permette la puntuale valutazione di tutto il personale dipendente nel pieno rispetto del regolamento aziendale.

Altro strumento di valorizzazione dei modelli innovativi per le reti di cure coordinate è la **telemedicina** che permetterà lo sviluppo di servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT. Già nel 2014 il Ministero della Salute emanava le linee guida. Questi strumenti contribuiranno alla costruzione di ambienti di condivisione tra i diversi attori (ospedalieri e territoriali) con lo scopo di migliorare la qualità delle cure. Un'altra azione che consentirà di dare un impulso al miglioramento della qualità delle prestazioni nel

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

Tra i progetti avviati nella Asl di Oristano si ricorda quello della telegestione nella diagnosi per immagini in condizioni d'urgenza, definita grazie all'apporto di diversi professionisti. La procedura viene utilizzata per esami d'urgenza che non richiedono la somministrazione del mezzo di contrasto, in condizioni di estrema sicurezza per il paziente, come previsto dalla normativa nazionale. Il tecnico sanitario di radiologia medica, presente nel luogo dell'esame, lo esegue ed invia in tempo reale le immagini, attraverso il sistema RISPACS, al radiologo, che a distanza effettua la telediagnosi e rinvia il referto al mittente.

Quello della telegestione nella diagnostica per immagini è il primo passo compiuto verso la telemedicina. Sono inoltre previsti interventi in altri ambiti, come la cardiologia e la diabetologia per i quali si provvederà ad attivare specifici progetti nel 2024, quali ad esempio il Monitoraggio da Remoto dei pazienti portatori di dispositivi impiantabili.

Altri ambiti di applicazione della teleradiologia, sono il teleconsulto e la teleconsulenza. Il primo permette a più medici, fisicamente distanti, di comunicare tra loro attraverso un network informatico per definire la diagnosi di un caso e programmare la terapia. La seconda è invece una prestazione professionale richiesta da un medico per avere un parere qualificato su un caso di particolare rilevanza o di difficile diagnosi. Questi strumenti si potranno rivelare utili nella gestione del paziente cronico ricoverato presso l'Ospedale di Comunità.

Altro ambito in cui la telemedicina è utilizzata in questa azienda è quello cardiologico per il quale dal mese di maggio 2023 è attivo un ambulatorio infermieristico per il monitoraggio dei valori da remoto nei pazienti portatori di dispositivi impiantabili.

Sempre nel 2023 è stato redatto un progetto dettagliato per la richiesta di prestazioni di Cardiochirurgia e Chirurgia Vascolare in teleconsulto per la gestione del processo di cura del paziente affetto da sindromi aortiche acute, per le quali la rapidità della diagnosi e l'identificazione precoce della strategia terapeutica produce una significativa riduzione delle prognosi sfavorevoli. Il progetto redatto dai direttori delle UUOO di Cardiologia, Pronto Soccorso e Rianimazione del PO San Martino, prevede un collegamento mediante appunto la telemedicina con i reparti di Cardiochirurgia e di Chirurgia Vascolare del Brotzu di Cagliari e delle Cliniche di Sassari che sono dotate di guardia attiva 7 gg su 7 e h.24.

Altro progetto in corso di attivazione è quello della TELEDIALISI: quasi tutti i pazienti dializzati sono candidabili alla video dialisi peritoneale. Nelle prime due settimane, cioè quando il paziente torna a casa dopo il periodo di addestramento ospedaliero alla dialisi peritoneale e la conseguente valutazione positiva da parte dell'equipe sanitaria, si posiziona a domicilio il totem fornito di videocamera e collegabile con WF o rete internet al centro Dialisi per cui, da remoto e in tempo reale, si può valutare la correttezza delle manovre della procedura di attacco e stacco del trattamento dialitico peritoneale. Il personale medico e infermieristico può effettuare un teleconsulto con il paziente: verificare la corretta esecuzione della metodica domiciliare sotto attento monitoraggio del centro di riferimento. In questo modo si riducono gli errori che il paziente



potrebbe commettere soprattutto le prime volte che pratica la dialisi domiciliare evitando anche più gravi conseguenze come la peritonite batterica che comporterebbe ricovero ospedaliero e terapie specifiche.

Inoltre si possono gestire interventi di primo soccorso in tempo reale evitando, ove possibile, l'accesso in ospedale e consentendo la riduzione degli spostamenti dei pazienti che spesso sono anziani non autosufficienti con più problematiche di comorbidità.

Nel corso del 2024 si prevede lo sviluppo di tale attività in seguito all'acquisizione di un terzo totem in aggiunta ai due già presenti.

Questi strumenti contribuiranno alla costruzione di ambienti di condivisione tra i diversi attori (ospedalieri e territoriali) mettendo in rete le proprie risorse professionali, ottimizzandone la disponibilità, al fine di garantire gli stessi livelli di assistenza a tutti i pazienti, anche a quelli più lontani dalle strutture ospedaliere maggiori, con lo scopo ultimo di migliorare la qualità delle cure.

### **Migliorare la qualità del dato e dei flussi informativi aziendali a sostegno del processo di digitalizzazione della sanità**

Tra i temi maggiormente trattati di recente in merito alla digitalizzazione in sanità si identificano quelli riferiti alla Cartella clinica elettronica, ai sistemi di diagnostica, al Fascicolo Sanitario Elettronico, alla telemedicina, alla interoperabilità e servizi al cittadino; la trattazione di questi temi sono influenzati anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dagli investimenti previsti per i prossimi anni in tale ambito.

La strategia che il Ministero della Salute sta attuando con il fine di digitalizzare il Servizio sanitario nazionale è composta da cinque pilastri: il primo è l'analisi dei dati soprattutto a supporto della governance e della ricerca; a seguire, garantire l'accessibilità ai servizi attraverso il digitale; garantire la connettività ed interoperabilità (attraverso un aggiornamento costante dei dati sanitari e la prerogativa che i vari sistemi utilizzati riescano a "comunicare"); il penultimo pilastro è la conoscenza del digitale (in quest'ottica è fondamentale diffondere conoscenze e competenze digitali sia tra gli operatori che tra i cittadini); infine, la protezione della sicurezza dei dati (conditio sine qua non per una strategia di successo). La creazione di piattaforme in grado di condividere una quantità crescente di dati, interoperabili, può supportare il lavoro di team multidisciplinari, personalizzando sempre di più il trattamento dei pazienti, ma anche intervenendo nella stima del fabbisogno di cure della popolazione, migliorando l'accuratezza delle previsioni. Inoltre, alle applicazioni terapeutiche si assocerebbero quelle preventive: da una medicina reattiva, in cui il primo contatto con il paziente è nel momento in cui è malato, si potrà passare ad un approccio proattivo, per fare in modo che i potenziali pazienti non si ammalino o non sperimentino un peggioramento della propria condizione clinica. I determinanti di salute sono infatti molteplici, e la raccolta dei dati socio – sanitari può anche in questo caso intervenire ad identificare le fasce di popolazione più fragile, sotto profili definiti, ed intervenire di conseguenza.

La digitalizzazione dei processi amministrativi, clinici e dei flussi documentali nelle aziende sanitarie consentirà quindi di accedere a tutti i dati necessari e di poterli mettere in relazione tra di loro, diventando una priorità per rendere più efficiente e organizzata l'erogazione dei propri servizi e indirizzare in maniera strategica le decisioni in qualsiasi ambito.

In particolar modo il dato sanitario rappresenta il vero patrimonio di una struttura sanitaria, che diventa utile per formulare diagnosi e stabilire e definire con maggior precisione percorsi terapeutici, fare analisi più dettagliate sull'appropriatezza organizzativa e clinica dell'assistenza sanitaria erogata, nonché di valutare meglio la complessità della casistica, effettuare analisi di risk adjustment per le valutazioni di efficacia e di esito, ecc.

I dati permettono quindi di migliorare sia l'organizzazione interna che l'offerta di servizi, a beneficio della comunità locale permettendo una programmazione sanitaria ottimale, che garantisca livelli prestazionali adeguati alle esigenze dell'utenza, in un quadro di sostenibilità economica.

Ovviamente, in questo scenario non bisogna trascurare gli aspetti di cyber security, controllo dei processi e data protection.

### **Implementare la nuova organizzazione aziendale e presidiare il processo di cambiamento organizzativo**

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

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

Per la trattazione di tale obiettivo si rimanda alla SEZIONE 3 al paragrafo "L'implementazione dell'Atto Aziendale".

### **Promuovere la trasparenza, l'integrità e le strategie di contrasto alla corruzione**

Nell'ottica del "Governo Aperto" l'accesso a dati e informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni si configura come un servizio finalizzato a rendere conoscibili attività e processi decisionali, riducendo l'asimmetria informativa con i cittadini e più in generale i portatori di interesse. In assenza di questo principio da un lato la collettività non è in grado di monitorare l'operato di un decisore pubblico, la qualità di un'opera o l'efficacia di una politica, dall'altro l'amministrazione pubblica potrebbe non possedere tutte le informazioni utili a pianificare e attuare efficacemente le politiche pubbliche. La simmetria informativa resa possibile attraverso la messa a disposizione di dati e informazioni, pertanto, permette di promuovere più adeguate

forme di partecipazione alle decisioni e più efficaci meccanismi di controllo sull'integrità dei processi decisionali, sulla qualità della spesa pubblica e sull'efficacia delle politiche pubbliche.

La trasparenza di una pubblica amministrazione, che si realizza attraverso la pubblicazione di dati, documenti e informazioni in ottemperanza ad un obbligo sancito dalla legge, o che si realizza presentando un'istanza di accesso (ad esempio, accesso civico generalizzato introdotto dal d.lgs. n. 97/2016), a dati, informazioni e documenti detenuti da quella pubblica amministrazione, permette di facilitare la rilevazione dei fenomeni corruttivi ed è largamente riconosciuto come uno dei meccanismi più efficaci al fine di comprendere dove e come si manifesta la corruzione e combatterla con misure sempre più raffinate. La trasparenza dei dati e delle informazioni, pertanto, gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione della corruzione, ma anche ai fini della promozione della cultura dell'integrità e, nello specifico dell'integrità dei processi decisionali pubblici.

In questa Azienda dalla sua nascita si è provveduto a mettere in atto tutti gli adempimenti legati alla promozione della trasparenza e dell'integrità e le strategie di contrasto alla corruzione lavorando sulla diffusione di tale cultura sia nei confronti dei direttori delle strutture aziendali che del singolo dipendente.

### **Sviluppare modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto**

Le strategie e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto della ASL di Oristano tengono conto della peculiarità di una Azienda Sanitaria, il cui scopo istituzionale è la tutela della salute collettiva e individuale, e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza; in ragione della particolarità delle attività svolte nelle aziende sanitarie, lo smart working potrà riguardare il personale del ruolo amministrativo, alcune qualifiche del ruolo tecnico o professionale, restando escluse le attività socio-assistenziali e di cura le quali richiedono un contatto diretto con i pazienti e l'utilizzo di strumentazione difficilmente gestibile da remoto, se non nelle forme peculiari della tele-medicina.

Nell'anno 2023 sono state portate a compimento diverse fasi di sviluppo del progetto quali la mappatura delle tipologie di lavoro che possono essere svolte in modalità agile, l'approvazione del regolamento aziendale in materia di lavoro agile, la raccolta dei fabbisogni formativi, la predisposizione dello schema di accordo individuale per il lavoro agile. Non è stato invece possibile provvedere alla mappatura della dotazione tecnologica da fornire al dipendente in quanto ARES ad oggi non ha fornito tale informazione.

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

Ci si impegna inoltre a raggiungere il consolidamento di una cultura manageriale orientata ai risultati e alla valutazione dell'impatto del Lavoro Agile sulla performance organizzativa.

**Sviluppare strumenti di governo e di controllo della spesa finalizzato ad un ottimale uso delle risorse limitate e scarse, condizione indispensabile per assicurare garanzia di equità ai cittadini nel fruire dei livelli essenziali di assistenza**

Coerentemente con le azioni rivolte agli sviluppi del nuovo sistema di funzioni e di responsabilità, nonché al nuovo sistema di misurazione della performance, si proseguirà con l'attività di sviluppo dei sistemi amministrativi per il governo e il controllo della spesa. Gli strumenti di contabilità generale e analitica permetteranno il costante monitoraggio della spesa. Le Farmacie Territoriali e Ospedaliere inoltre monitorano la spesa sui farmaci. Sui beni patrimoniali si sta portando avanti un progetto di valorizzazione del patrimonio aziendale con diversi interventi e azioni di investimento e manutenzione ordinaria e straordinaria. Per quanto riguarda inoltre gli interventi che mirano ad un efficientamento energetico, nell'ambito della gara multiservizio tecnologico MIES sono stati realizzati nel corso del 2023, e saranno attivati in esercizio nel corso del primo semestre 2024, due interventi presso il P.O. San Martino di Oristano:

- installazione di n. 5 pompe di calore a servizio del Corpo P, potenza frigorifera 143,7 kW e potenza termica 168 kW, in sostituzione di uno dei due gruppi frigo da 850 kW;
- installazione di n. 2 pompe di calore da 400 kW circa, a servizio del Corpo DEA, in sostituzione di due gruppi frigo da 850 kW.

Gli interventi, finalizzati al risparmio energetico e al miglioramento del sistema di climatizzazione dei Corpi Ospedalieri, hanno un valore complessivo di circa 900.000 Euro e sono stati realizzati a totale carico dell'Assuntore, senza costi diretti per la ASL.

Si prevede inoltre di realizzare nel corso del 2025/2026 un Campo Fotovoltaico all'interno del perimetro ospedaliero, con l'obiettivo di ridurre la spesa complessiva relativa all'energia elettrica che sostiene la ASL, costi che sono in continuo aumento a causa delle sfavorevoli congiunture nazionali e internazionali.

La dispersione di risorse pubbliche è spesso legata a comportamenti inappropriati per cui diventata necessario orientare il nostro comportamento verso atteggiamenti virtuosi. E' quindi indispensabile provvedere all'eliminazione di consumi eccessivi o inappropriati nei vari ambiti (ricoveri, abuso nell'utilizzo della diagnostica, consumo dei farmaci, ecc) perché l'inevitabile conseguenza, se ciò non dovesse avvenire, sarà la contrazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) attualmente garantiti dal SSN, in contrapposizione con un aumento irrimediabile della domanda sanitaria dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione.

Ogni soggetto operante in sanità pertanto ha il compito di tagliare definitivamente gli sprechi in modo che sia salvaguardato lo stesso livello di servizi e che non venga colpita la salute dei cittadini rendendo pertanto più efficiente la spesa pubblica.

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

Con riferimento alle azioni dirette a realizzare la piena accessibilità fisica alle amministrazioni, con particolare riguardo ai soggetti più fragili, si riportano in sintesi gli interventi finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche e alla facilità di accesso fisico alle strutture sanitarie da parte dei cittadini, che sono stati realizzati nel corso del 2023 e che si realizzeranno nel triennio 2024-2026.

### **Interventi di miglioramento dell'accessibilità fisica alle strutture realizzati nel 2023:**

- 1) P.O. Mastino di Bosa: sono stati eliminati i gradini dello sbarco esterno delle scale di emergenza (nel contesto di un intervento edilizio più ampio, finanziato con Fondi FSC);
- 2) P.O. Delogu di Ghilarza: sono state realizzate 2 nuove rampe di accesso, una al Punto di Primo Intervento dalla via Matteotti e un'altra al nuovo ingresso dell'Ospedale dalla Via Antonio Carta;
- 3) Ambulatorio comunale di San Nicolò Arcidano: è stata ripristinata la rampa di accesso con il rifacimento completo della pavimentazione;
- 4) Poliambulatorio Ales-Ala nuova: sono stati effettuati lavori di miglioramento della rampa di accesso al Servizio Neuropsichiatria Infantile ubicato al piano terra dello stabile

### **Nuovi Interventi - Programmazione triennio 2024/2026**

In continuità con gli obiettivi di miglioramento dell'accessibilità fisica degli edifici, anche per il prossimo triennio è prevista la realizzazione di diversi interventi sempre nelle strutture territoriali distrettuali:

- 1) Realizzazione di nuove rampe di accesso alla Sede Legale di Via Carducci e alla Sede del Distretto di Oristano nella via Foscolo;
- 2) Poliambulatorio Ales-Ala vecchia: realizzazione di una rampa di accesso in prossimità della sala riunioni vicina all'area parcheggio;
- 3) CSM Ales: realizzazione di una nuova rampa d'accesso dalla via pubblica;
- 4) Struttura di Piazza San Palmerio - Ghilarza: installazione di un ascensore per facilitare l'accesso ai piani dell'edificio che ospita il Servizio Veterinario.

### **Miglioramento dell'accessibilità fisica alle strutture nel contesto degli interventi edilizi PNRR**

Sono inoltre previsti degli adeguamenti negli edifici interessati dalla pianificazione degli interventi edilizi del PNRR (n. 2 COT, n. 5 Case di Comunità e n. 2 Ospedali di Comunità), in corso di realizzazione nel territorio della ASL Oristano. Per quanto riguarda la COT prevista presso il Poliambulatorio di Oristano i lavori sono stati ultimati nel mese di dicembre scorso e, per l'aspetto della accessibilità, è stata realizzata una rampa per l'accesso ai servizi igienici del piano rialzato. Anche per la COT realizzata presso il Presidio Ospedaliero di Ghilarza i lavori complessivi sono in corso di ultimazione e tra le lavorazioni previste vi è stata la realizzazione di nuovi bagni a norma disabili per gli operatori, in funzione dell'abbattimento delle barriere architettoniche. Gli altri interventi edilizi PNRR (Case di Comunità e Ospedali di Comunità) sono attualmente nella fase della progettazione definitivo-esecutiva, necessaria per il prossimo avvio dei lavori. Per gli aspetti che riguardano l'accessibilità fisica, si confermano per il **triennio 2024/2026** i seguenti lavori.

- Ospedale di Ghilarza: adeguamento dei servizi igienici, ove necessario, nei piani interessati dagli interventi PNRR e precisamente il piano terra (Casa di Comunità) e il piano secondo (Ospedale di Comunità);
- Poliambulatorio di Santu Lussurgiu - Casa di Comunità: realizzazione di un ascensore per facilitare l'accesso interno ai due piani dell'edificio;
- Poliambulatorio di Samugheo – Casa di Comunità: adeguamento dei servizi igienici e rifacimento dei passaggi esterni (marciapiedi e sistemazione corrimano sulla rampa);
- Poliambulatorio di Oristano - Casa della Comunità: nuovi servizi igienici per disabili e rampe di accesso ai servizi igienici esistenti.

Per quanto riguarda la struttura del Vecchio Ospedale San Martino, dove sono ospitati alcuni servizi di assistenza sanitaria, l'edificio in parte inagibile necessita di un importante e improcrastinabile intervento di manutenzione straordinaria finalizzato alla soluzione di criticità strutturali e alla modifica dell'attuale destinazione d'uso. Si conta di realizzare i suddetti lavori, stimati in 4.500.000,00, grazie all'assegnazione di una quota parte dei Fondi FSC 2021/2027 la cui programmazione è in corso di definizione da parte della RAS.

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

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

### **Servizi sanitari on line**

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

Tali strumenti sono raccolti nella sezione "Servizi online" del sito [www.asloristano.it](http://www.asloristano.it), al seguente link:

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

Nella sezione sono presenti i link ai servizi:

1. [Fascicolo Sanitario Elettronico e referti online](#): per la consultazione della documentazione prodotta dal sistema sanitario nazionale (referti, certificati, cartella clinica ospedaliera ecc).
2. [Cup Web](#) : per prenotazione on line delle visite specialistiche (riservata ai cittadini maggiorenni assistiti dal Servizio Sanitario Regionale).

3. [Scelta e revoca del medico web](#): per la consultazione dell'elenco dei medici di medicina generale e la scelta on line di quello di fiducia.
4. [Notifica preliminare cantieri online](#): per trasmettere on line la notifica preliminare cantieri al Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro della Asl e alla Direzione Territoriale del Lavoro.
5. [TS-CNS](#): per accedere a diversi servizi on line della Pubblica Amministrazione tramite Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi o Spid.
6. [Monitor di Pronto Soccorso](#): per consultare in tempo reale l'affollamento, i tempi d'attesa e la dislocazione delle strutture di Pronto Soccorso della Sardegna.

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

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

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

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

Altri sistemi digitalizzati, accessibili tramite la sezione Modulistica del sito [www.asloristano.it](http://www.asloristano.it) sono:

- la segnalazione di reazioni ad eventi avversi ai farmaci, che avviene tramite il link:  
<https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/ù>

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

[https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiana&id=26&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiana&id=26&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza)

### **Responsabile transizione digitale**

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

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

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

### **Semplificazione e Digitalizzazione dei processi**

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

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

Gli obiettivi del triennio in tale ambito sono legati agli obiettivi esplicitati nel ***Piano Triennale di Sanità Digitale 2024-2026*** che andranno ad impattare fortemente sulle attività delle Aziende regionali e per le quali gli operatori saranno chiamati a formarsi per adeguarsi ai nuovi modelli.

Il ***Piano Triennale di Sanità Digitale 2024-2026***, sviluppato dal Dipartimento per la Sanità Digitale e l'Innovazione Tecnologica di ARES, in coerenza con il Piano triennale AgID 2022 – 2024, accoglie i contenuti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), rappresentando una straordinaria opportunità di accelerazione della fase esecutiva della trasformazione digitale della sanità pubblica regionale.

Il focus principale del Piano è posto sulla centralizzazione e standardizzazione di piattaforme e tecnologie digitali con lo scopo di costruire percorsi clinico-assistenziali ospedale-territorio omogenei ed estesi a tutte le strutture sanitarie del Servizio Sanitario Regionale.

Il Piano tiene conto dell'evoluzione del quadro normativo italiano sulla sanità digitale, concentrandosi in primis sui progetti di Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, Telemedicina, digitalizzazione e interoperabilità dei processi diagnostici, clinico-assistenziali, amministrativi e di governo, Cybersecurity, nonché sulle attività, affidate ad ARES dalla Direzione Generale della Sanità, per il Change Management, la formazione specifica ed il miglioramento delle competenze digitali dei professionisti del Sistema Sanitario Regionale.

Finalizzata a valutarne l'adeguatezza alle linee di sviluppo strategico è stata fatta la mappatura di tutti i sistemi informativi attualmente utilizzati nelle Aziende Sanitarie attraverso una approfondita attività di rilevazione (assessment). L'analisi ha condotto al censimento di oltre 190 applicativi e ha determinato lo stato di maturità delle applicazioni regionali e dipartimentali che, complessivamente, contribuiscono alla gestione dei processi amministrativi e clinico-assistenziali della Sanità.

Le attività previste dal Piano Triennale di Sanità Digitale 2024-2026 saranno realizzate attraverso diverse linee di finanziamento (PNRR Missioni 1-6, POR FESR 2021-2027, fondi di bilancio).

#### *Assessment del Sistema Informativo Sanitario Regionale attuale e architettura AS-IS (Come è)*

Il Sistema Informativo Sanitario della Regione Sardegna è costituito da un insieme di sistemi informativi integrati acquisiti dall'Amministrazione regionale a beneficio delle Aziende Sanitarie e dell'Assessorato



dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. Nello schema che segue si rappresentano gli applicativi a valenza aziendale e regionale della Regione Sardegna (Architettura AS-IS, letteralmente "Come è").

Architettura AS-IS		
Contesto aziendale	Contesto Regionale	ARES
Anagrafi (XMPI) CIS (solo AO) Lektra Galaxy MedImage Vepro (PACS) Altri dipartimentali  <b>AAP</b> Cooperazione Applicativa INPS (Medicina legale) RSA SPRESAL Protesica CSS (Cartella clinica socio sanitaria) PUA SISP Medicina dello sport ADI@Mob (ADI) Consulto (Consultorio) SIAN  <b>SIO</b> PSWEB (Pronto soccorso) SOWEB (Sale operatorie) ADTWEB (ADT) SADT (CEDAP) ELIOT, EMONET (Trasfusionale) EMR (Cartelle Ambulatoriali) Area Gastro (Cartella Clinica Endoscopia digestiva) Prescrizione e somministrazione dei farmaci Gepadial (Cartella Clinica Dialisi) Smart Digital Clinic (Diabetologia)  <b>RIS</b> SuiteEstensa, Silvers RIS Sectra-MRW RIS11 Infinitt (RIS)  <b>Servizi trasversali:</b> Aruba (Firma digitale) SSO Picasso Locale (ESB)	Medir FSE SardegnaIT SDI Flussi ANAGS-Zente (Anagrafe regionale) AVACS (Anagrafe vaccinale) Order Manager E-Prescription CUPWEB Consensi SpagoBI, Taled (Analytics DWH) Medicina legale Medicina dello sport  Patient Portal Silus (Ritiro referto laboratorio) Mobile-App (Prenotazioni on-line)  <b>Amministrativo per aziende</b> <b>HR</b> <i>Gestione economica e giuridica</i> <i>Presenze e assenze</i> <b>PD-Protocollo</b> <i>Protocollo informatico</i> <i>Atti amministrativi</i> <i>Gestione documentale</i> <b>AMC</b> <i>Approvvigionamenti</i> <i>Acquisti e contratti</i> <i>Contabilità analitica</i> <i>Controllo di gestione</i> <i>Logistica</i> <i>Gestione attrezzature e manutenzioni</i> <i>Contabilità generale</i>  <b>Prevenzione</b> Arianna Screening (Screening) PSM, mFp – Galileo (Salute mentale) RENCAM AAP-SISP (Servizio igiene sanità pubblica)  <b>Veterinaria</b> Sisar VET (Anagrafe Zootecnica) Sisar VET-PSA (Anagrafe Piano peste suina)  <b>Servizi trasversali:</b> Aruba (Firma digitale) SSO Picasso Centralizzato (ESB)	Abaco (Analytics DWH) Recall the Voice (Gestione workflow servizi dip.) SARECM (E-Learning) G.U.R.U. (Valutazione performance) Concorsi e assunzioni Sillage (Document management)

Gli obiettivi primari previsti nel Piano per il triennio in considerazione sono:

1. Favorire la digitalizzazione dei percorsi clinico-ambulatoriali:

- Creare una piattaforma regionale ospedaliera con l'introduzione della CCE (Cartella Clinica Elettronica)
  - Adeguare i sistemi regionali sia in termini di diagnostica sia in termini di servizi tecnologici trasversali
  - Integrazione e sviluppo dei sistemi verticali e specialistici (trasfusionale, blocco operatorio, diagnostica per immagini)
2. Favorire la digitalizzazione dei percorsi assistenziali e l'integrazione ospedale-territorio:
    - Implementazione di sistemi regionali di telemedicina
    - Integrazione con l'assistenza territoriale offerta dai distretti
    - Integrazione con ADI e Hospice
    - Integrazione con la rete dei servizi territoriali forniti da MMG/PLS, farmacie, CDC, COT e ODC
  3. Favorire l'omogeneizzazione e la centralizzazione dei sistemi degli enti sanitari:
    - Favorire la manutenibilità dei sistemi
    - Permettere una più uniforme gestione dei processi clinico-assistenziali a livello regionale
    - Favorire la formazione del personale sanitario e amministrativo e la mobilità delle persone tra le strutture per una gestione più flessibile dei processi produttivi
  4. Favorire la diffusione della Data Strategy regionale in termini di interoperabilità piena:
    - Integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettrico 2.0
    - Integrazione con la Piattaforma Nazionale Dati
  5. Potenziamento della Cybersecurity (progetto già avviato, vedi delibera DELDG-333 del 29/12/2023)
  6. Empowerment del cittadino e patient journey:
    - Valorizzare il ruolo del cittadino nei percorsi e nella prevenzione
    - Garantire una migliore fruibilità digitale di tutti i servizi in ottica multicanale

Lo schema di tutti i sistemi che dovranno essere presenti all'interno dell'Architettura TO-BE ("Come dovrebbe essere") è presente nell'allegato 2 della Delibera ARES 332, a cui si rimanda per un maggior dettaglio. Il Sistema Informativo dovrà prevedere, in parte, l'implementazione di applicazioni e piattaforme centralizzate e omogeneizzate a livello regionale e, in parte, la loro migrazione verso l'infrastruttura tecnologica regionale.

Il piano prevede 5 punti di azione per il raggiungimento degli obiettivi strategici, schematizzati come segue:

Sigla	Descrizione	Attuazione
Linea di azione LA.1	Evoluzione e centralizzazione dell'architettura Regionale Ospedaliera	Inizio: Primo trimestre 2024 Termine previsto: Quarto trimestre 2025
Linea di azione LA.2	Omogeneizzazione dei processi e centralizzazione dei sistemi	Inizio: Primo trimestre 2024 Termine previsto: Terzo trimestre 2025
Linea di azione LA.3	Sviluppo dei sistemi di Telemedicina e del Territorio	Inizio: Primo trimestre 2024 Termine previsto: Quarto trimestre 2026
Linea di azione LA.4	Evoluzione delle infrastrutture tecnologiche regionali	Inizio: Primo trimestre 2024 Termine previsto: Quarto trimestre 2025
Linea di azione LA.5	Tutela dei dati e rapporto col cittadino	Inizio: Terzo trimestre 2024 Termine previsto: Primo trimestre 2026

## B. Performance

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

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

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



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

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

Nell'allegato A si elencano gli obiettivi che questa Direzione intende perseguire nel triennio 2024-2026 tenendo conto dell'impatto che questi determineranno sulle dimensioni della semplificazione, digitalizzazione, accessibilità e pari opportunità.

### C. Rischi corruttivi e trasparenza

#### **PREMESSA**

L'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano è parte integrante del sistema del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna e del Sistema del Servizio Sanitario Nazionale.

La prevenzione della corruzione e della trasparenza deve essere considerata un valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di un'amministrazione pubblica. La strategia di prevenzione del rischio corruttivo e della trasparenza ha l'obiettivo primario di ridurre i rischi corruttivi all'interno dell'amministrazione, agendo anche sulla diretta consapevolezza dei dipendenti e costruendo una cultura organizzativa basata sull'integrità. La gestione del rischio comporta un'amministrazione più efficiente, meno esposta ai rischi, nonché accresce il rapporto democratico tra il cittadino e l'Azienda, ovvero rafforza la fiducia che l'amministrato ha verso l'amministrazione. In tale prospettiva, secondo quanto previsto dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione», l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha adottato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) che rappresenta lo strumento giuridico di base idoneo a ricomprendere, riassumere, coordinare, elaborare, definire tutti i contenuti previsti dalla normativa in materia.

Con Deliberazione n. 605 del 19/12/2023, l'ANAC ha approvato il PNA - aggiornamento 2023, cui dovranno uniformarsi gli Enti che sono destinatari della disciplina sul PIAO, ed ha confermato il PNA 2022, adottato con delibera n. 7 del 17/01/2023, per la parte generale, come gli allegati che ad essa fanno riferimento che costituiscono atto di indirizzo per le Pubbliche Amministrazioni e per gli altri soggetti tenuti all'applicazione

della normativa con durata triennale, nella quale la ASL n. 5 di Oristano, si attiene, compatibilmente con la sua particolare situazione di Azienda Sanitaria costituita a seguito della Riforma Sanitaria della Regione Sardegna, e il cui Atto Aziendale è stato approvato ed adottato con Deliberazione n. 26 del 24/01/2023, dichiarato conforme, ai sensi dell'art. 16, comma 2, della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, con DGR n. 3/41 del 27/01/2023.

Il presente PTPCT, come il PNA, ha durata triennale, è aggiornato annualmente, la sua funzione è di programmazione, di definizione degli obiettivi, di indicatori e misure da realizzare e di vigilanza sull'applicazione.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è il nuovo strumento di programmazione dal 2022, che deve essere adottato annualmente dalle amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del D.Lgs. n.165/2001 e in cui la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza è parte integrante, insieme ad altri strumenti di pianificazione, di un documento di programmazione unitario. L'inserimento nel PIAO dell'ASL n. 5 di Oristano della sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza, permette di garantire il raccordo con tutti gli altri strumenti di programmazione aziendale, in un'ottica di integrazione del processo di prevenzione nell'ambito della complessiva strategia aziendale, con lo scopo di individuare le misure atte a prevenire ogni possibile episodio corruttivo all'interno dei propri uffici e servizi ed identificare gli autori di tale attività di prevenzione, cui spetterà il compito di monitorare i processi più "sensibili" e maggiormente esposti a rischio di comportamenti illeciti.

L'attuale sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO, si colloca in una stagione di forti cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) successivamente al periodo di crisi derivante dalla pandemia da SARS CoV-19, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso ed è predisposta dal RPCT, sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della L. 190 del 2012 formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico.

Gli elementi essenziali della sottosezione, volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2019 e PNA 2022) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della L. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013. Non essendo ancora completato il processo di riforma e, stante la necessità di procedere all'implementazione dell'organizzazione così come definita dall'Atto aziendale e in considerazione della sua natura strategica, la sottosezione rischi corruttivi e trasparenza, non può essere vista come un'attività che si esaurisce con la sua compilazione ed approvazione ma, va intesa come un insieme di azioni e strumenti, finalizzati alla prevenzione, che vengono di volta in volta affinati, modificati o sostituiti in relazione al rischio corruttivo ed alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, ai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno e alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione o da altri atti di indirizzo relativi a materie di competenza della Regione Sardegna competente in materia di programmazione sanitaria regionale.

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

## CONTESTO ESTERNO

La **valutazione di impatto del contesto esterno** che evidenzia le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico del territorio regionale sardo nel quale l'Azienda n. 5 di Oristano si trova ad operare al fine di individuare fenomeni e circostanze che possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi sono state esaminate nell'Allegato 1 e nella sezione I del presente documento.

L'essenza dell'attività erogata dalle aziende del SSN è "la Salute". Affrontare il tema della legalità all'interno del Sistema Sanitario significa avere presente la delicatezza dell'ambito in cui si opera, che è la tutela della salute delle persone. Non si tratta semplicemente di analizzare un'organizzazione o un ambito di produzione di servizi, ma comprendere come possa essere migliorata l'attività di un settore che deve godere della fiducia dei cittadini e a cui gli stessi si rivolgono in momenti di difficoltà. Il settore Sanitario, che si dedica alla cura e all'assistenza delle persone fragili, ha bisogno di contare su un personale integro, dai comportamenti ineccepibili, dalle relazioni trasparenti, va preservato, mantenendolo coerente con la propria natura solidaristica e va protetto da possibili infiltrazioni dell'illegalità, affinché possa garantire la propria funzione essenziale. Perché ciò sia possibile è necessario perseverare nella diffusione del concetto di sostenibilità del Sistema Sanitario facendo in modo che la tutela della salute debba essere considerata prioritaria rispetto ad altri obiettivi. Il settore sanitario è innanzitutto importante dal punto di vista economico, essendo oggetto di attenzione da parte degli operatori del mercato, in particolare di quelli che ambiscono (in modo spregiudicato) ad acquisire rendite di posizione o ad accaparrarsi contratti di fornitura senza rispettare le regole. Non si può inoltre non considerare la quantità di persone che a vario titolo lavorano in sanità e nelle organizzazioni connesse. Si tratta di una rete di persone, relazioni e collaborazioni sostenute da una normativa complessa e da regole etiche molto delicate.

L'Azienda non solo conforma la propria azione ai principi già esposti ma implementa l'attività di mappatura e di monitoraggio di alcuni processi maggiormente a rischio, a seguito della piena operatività dell'atto aziendale che andrà a consolidare gli assetti organizzativi ivi previsti che verranno progressivamente delineati nel corso dell'anno.

## CONTESTO INTERNO

La **valutazione di impatto del contesto interno** e la contestuale analisi è stata trattata nella sezione I e nella sez. III con individuazione, definizione e costituzione della struttura organizzativa, a cui si rimanda.

All'atto della redazione della presente sottosezione, la costituita ASL n. 5 di Oristano è in piena fase di implementazione. Allo stato attuale, considerato che l'Azienda è stata costituita il 1 gennaio 2022 a seguito della riforma del Sistema Sanitario Regionale approvata con la L.R. n. 24/2020, la Direzione Aziendale sta procedendo ad implementare i servizi organizzativi anche se tale lavoro sta avvenendo per varie tappe intermedie.

L'anno 2023 è stato caratterizzato da una fase di implementazione della riforma sanitaria regionale e l'Azienda sta definendo l'organizzazione aziendale, in coerenza con il percorso avviato con l'adozione dell'Atto Aziendale approvato ed approvato con Deliberazione n. 26 del 24/01/2023, sta provvedendo alla definizione, dell'attività, atti e provvedimenti attribuiti alle SS.CC. e alle SSD al fine di garantire il corretto funzionamento dei Servizi e l'ottimale gestione dei compiti istituzionali di afferenza secondo principi di efficacia, efficienza e buon andamento dei processi amministrativi e di distinzione tra funzioni di governo, proprie della direzione Strategica e funzioni di gestione, proprie della dirigenza, considerato che ad oggi non

sono ancora operative tutte le strutture organizzative in esso contemplate.

L'ASL n. 5 di Oristano con Deliberazione del Direttore Generale n. 49 del 04/03/2022 ha nominato il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) e con successive Deliberazioni sta adottando propri Regolamenti che vanno a sostituire quelli precedentemente recepiti con la Deliberazione del D.G. n. 115 del 19/04/2022, che vennero adottati da ATS Sardegna, in quanto compatibili, al fine di garantire la continuità di tutti i servizi sanitari ed amministrativi, così come previsto dalla RAS e pubblicati sulla pagina Amministrazione Trasparente del sito aziendale, le procedure e le buone prassi in materia di lotta alla corruzione, al fine di prevenire i possibili rischi corruttivi e per la trasparenza. La sezione del sito Amministrazione Trasparente è in continua implementazione ed aggiornamento ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.

In data 29/06/2022, con Deliberazione del Direttore Generale n. 193, l'Ente ha provveduto a nominare l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'ASL n. 5 di Oristano. In data 31/03/2023, con Deliberazione del Direttore Generale n. 144, è stato aggiornato il PIAO per il triennio 2023-2025 come da PNA 2022, integrato nella sottosezione "Anticorruzione e Trasparenza" facendo seguito alla Deliberazione n. 33 de 31/01/2023 con la quale veniva approvato il PIAO della ASL di Oristano per il triennio 2023-2025.

Il ruolo del RPCT, ai sensi della L. 90/2012, di difficile compito, è ancora più gravoso perché allo stato attuale non solo non dispone di una propria Struttura di Supporto, ma anche perché l'intera organizzazione aziendale, non è stata ancora delineata in tutti i suoi aspetti. L'implementazione delle attività relativamente alla Sez. Anticorruzione e Trasparenza è stata tuttavia svolta cercando di completare tutti gli aspetti possibili. L'Azienda risulta strutturata dal Direttore Generale, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 51/41 del 30/12/2021, secondo gli indirizzi predisposti dalla Giunta Regionale, il quale con propria Deliberazione n. 1 del 05/01/2022 ha preso atto del conferimento dell'incarico, coadiuvato dal Direttore Sanitario, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 273 del 22/07/2022, e dal Direttore Amministrativo, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 272 del 22/07/2022.

Nella presente fase sotto il profilo amministrativo, con le Deliberazioni del Direttore Generale n. 90 del 14/03/2023 e n. 169 del 21/04/2023, si è dato avvio alla fase di implementazione dell'Azienda n. 5 di Oristano, prevedendo l'indizione per il conferimento degli incarichi di Direzione delle Strutture Complesse di seguito indicate:

- SC Servizio Affari Generali e delle Funzioni Legali e SC Servizio Programmazione e Controllo afferenti all'Area di Staff;
- SC Acquisizione Beni e Servizi, SC Gestione Risorse Umane e Sviluppo Organizzativo, SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e la SC Servizio Risorse Economico-Finanziarie afferenti alla Tecnostruttura Amministrativa.

Nello specifico, la Deliberazione n. 90 del 14/03/2023 ha definito e precisato le funzioni di competenza di ciascuna Struttura Complessa ed ha dato avvio al processo di implementazione organizzativo conseguente all'adozione dell'Atto Aziendale e al consolidamento degli assetti organizzativi ivi previsti. L'Azienda sta procedendo progressivamente: alla definizione e adozione del Funzionigramma aziendale, nell'ambito del quale sono delineate in maniera analitica, le funzioni e attribuzioni delle Strutture previste dall'organigramma di cui all'Atto Aziendale; alla definizione del processo di graduazione delle funzioni dirigenziali; all'attribuzione degli incarichi dirigenziali gestionali. Con le Deliberazioni del Direttore Generale n. 402 del 06/09/2023 e n. 231 del 29/05/2023 si è provveduto all'approvazione del Funzionigramma Aziendale

dell'Area di Staff e Tecnostruttura Amministrativa, alla definizione e attribuzione di attività atti e provvedimenti attribuiti alle su scritte SS.CC.

Sotto il profilo dell'organizzazione sanitaria, secondo l'organigramma aziendale, il modello è strutturato in 3 macro articolazioni afferenti all'Area dell'organizzazione sanitaria per l'erogazione dell'assistenza:

- a) Ospedaliera;
- b) Distrettuale;
- c) Dipartimenti ospedalieri e territoriali.

La Giunta Regionale Sarda, a seguito della DGR n. 2/9 del 17/01/2023 e con note prot. n. 14201 del 24/01/2023 e n. 16209 del 30/01/2023, dell'Azienda Regionale della Salute (ARES Sardegna), istituita dalla L.R. n. 24/2020, hanno disposto il passaggio all'ASL n. 5 di Oristano, con decorrenza dal 01/02/2023, del personale afferente all'Area del Farmaco e all'Area Tecnica e con Delibera del Direttore Generale dell'ASL n. 5 di Oristano n. 49 del 10/02/2023 si è formalmente preso atto del suddetto trasferimento. Successivamente, per gradi, si stanno implementando i servizi con il personale che da ARES si sta trasferendo alla ASL n. 5 di Oristano.

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro il livello di complessità dell'amministrazione. Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul livello di attuazione e adeguatezza, inoltre, l'analisi del contesto interno è volta ad individuare le competenze e le capacità distintive proprie dell'organizzazione aziendale in termini di risorse umane, finanziarie, produttive ed innovazione, offre spunti di valutazione circa le prospettive di graduale e realistico sviluppo della strategia aziendale in materia di integrità.

La gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera organizzazione. A tal fine occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate, considerato che il personale in servizio, suddiviso tra personale dirigenziale e personale del comparto, riveste i seguenti profili: medico, tecnico, professionale ed amministrativo.

Sebbene l'ASL di Oristano sia un'azienda particolarmente complessa e la più grande nella provincia di Oristano, con 1593 dipendenti (dato misto dirigenti e personale del comparto), appare significativo il dato fornito dall'UPD e riportato nella relazione annuale del RPCT 2022, che gli stessi non siano stati interessati da procedimenti disciplinari afferenti ovvero connessi a fenomeni corruttivi.

Il quadro ambientale in cui opera la ASL, non pare denoti particolari necessità ed esigenze, sebbene è intenzione del RPCT, alla luce degli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Generale, confermare, in linea con quanto previsto dal precedente PIAO un incremento dei controlli sulle attività assolute allo scopo di scongiurare ogni eventuale rischio, nei limiti dei poteri ascritti e concessi al RPCT.

Si evidenzia, in relazione alle Valutazioni di impatto di entrambi i contesti, che l'Azienda, persegue i propri scopi istituzionali nel costante rafforzamento delle politiche aziendali di valorizzazione dei principi di buon andamento e delle legalità, attraverso la cura delle buone pratiche amministrative e il monitoraggio delle aree a maggior rischio corruttivo come da L. 190/2012 e disposizioni collegate.

L'incremento delle verifiche ha lo scopo di migliorare i processi affinché gli stessi siano conformi ai principi di efficienza, efficacia, trasparenza e legittimità, così come previsto dalla normativa vigente, anche attraverso



mere comunicazioni, indicazioni di carattere correttivo e/o di raccomandazione del RPCT.

## **I PROTAGONISTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE AZIENDALE**

Di seguito si esplicitano i soggetti che concorrono alle attività di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità, al processo di gestione del relativo rischio e al monitoraggio all'interno della Azienda n. 5 di Oristano e i relativi compiti e funzioni declinate nel PNA 2016 che non hanno visto sostanziali modifiche nei successivi aggiornamenti:

### **La Direzione Aziendale**

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

- designa e supporta il RPCT;
- adotta il PIAO ed i suoi aggiornamenti;
- pubblica il PIAO approvato sul sito aziendale, nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e verifica circa la trasmissione dello stesso al Dipartimento della Funzione Pubblica;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001, regolamenti per le sponsorizzazioni, atti di organizzazione dell'attività libero professionale etc.);
- garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento a quelli organizzativi;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

### **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione Trasparenza (RPCT)**

Svolge nello specifico le seguenti attività e funzioni:

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

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

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

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

## **I Referenti del RPCT**

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

## **L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

Nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza l'OIV, svolge le seguenti attività:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione con riferimento alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.Lgs. n. 33 del 2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, D.Lgs. n. 165 del 2001);
- propone annualmente eventuali modifiche e miglioramenti del PIAO e in particolare della sez. per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

## **L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UDP)**

L'Azienda, nelle more della progressiva attuazione dell'Atto Aziendale, con Deliberazione del Direttore Generale n. 560 del 04/12/2023 ha costituito l'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari (UDP), dando atto che i nominativi dei componenti titolari e supplenti saranno individuati a seguito dell'espletamento di apposita manifestazione di interesse al termine della quale la Direzione Aziendale procederà alla formale costituzione dell'UDP. Pertanto, così come previste nell'Atto Aziendale, si sta superando la fase transitoria che si concluderà con la nomina di un proprio UDP aziendale e con l'approvazione dei rispettivi regolamenti per il personale Dirigente e per il personale del Comparto Sanità, al fine dell'esercizio delle proprie funzioni come previste dalle vigenti norme in materia e nello specifico:

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

### **Il Responsabile della Formazione**

L'Azienda, considerato che il PNA 2022 attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio, ha attivato la Struttura SSD "Risk Management, Qualità e Formazione Permanente" afferente all'Area di Staff con Deliberazione del Direttore Generale n. 538 del 22/11/2023. Attualmente e anche nell'anno 2023 i corsi relativi alle tematiche di etica e cultura della legalità sono stati gestiti dal Servizio Formazione anticorruzione e trasparenza, di ARES, principalmente attraverso la metodologia FAD – Formazione a distanza on-line. Sarebbe opportuno in via prioritaria superare la fase transitoria con la declinazione di specifiche procedure operative per definire e sviluppare rapporti di collaborazione col RPCT con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

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

### **Il personale dipendente e i collaboratori dell'Azienda**

Sono tenuti al rispetto di quanto previsto dalla presente Sezione:

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

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

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

- partecipare al processo di gestione del rischio e osservare le misure contenute nel PIAO Sez. PCT.;
- segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al RPCT o all'UPD (art. 54 bis del D.Lgs. 165/01), ovvero per il tramite del canale di segnalazione interno e nelle modalità disciplinate dal Regolamento adottato con Delibera del Direttore Generale ASL di Oristano n. 37 del 26/01/2024;
- segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la P.A., che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato e osservare il Codice di comportamento.

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

Al mantenimento del sistema di prevenzione dell'anticorruzione e della trasparenza, partecipa anche la figura del responsabile dell'anagrafe stazione appaltante e soggetto gestore antiriciclaggio (RASA).

L'individuazione e la nomina di tale figura responsabile è stata operata con Deliberazione del D.G. n. 5 del 19/01/2022. In riferimento alle indicazioni dell'ANAC (comunicato del 28 ottobre 2013) il RASA è incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa. Tale figura inoltre è individuata nella presente sezione del PIAO come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione e ad essa spetta l'obbligo informativo di implementare la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC con i dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo. Tali adempimenti sussistono fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del D.Lgs. n. 36 del 31 marzo 2023 nuovo Codice dei contratti pubblici.

### **Il Data Protection Officer – DPO**

Il DPO è il responsabile della corretta gestione del trattamento dei dati personali in ottemperanza alle disposizioni del Regolamento UE (GDPR) n. 2016/679 e dei D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 di adeguamento del Codice in materia dei dati personali e alla luce del recente D.Lgs. n. 24 del 10/03/2023.

L'ASL di Oristano con deliberazione n. 187 del 27/06/2022 ai sensi e per gli effetti dell'art. 37 del Reg. UE n. 2016/679 ha nominato la società KARANOA S.r.l. quale DPO esterno all'Ente e con delibera n. 602 del 27/12/2023, ai sensi dell'art. 30 dello stesso Regolamento, ha adottato il Registro dei trattamenti dal medesimo eseguiti. Il documento fondamentale di accountability per il Titolare, ovvero per l'Azienda Socio-sanitaria n. 5 di Oristano, è da esibire, su richiesta all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali. Tale registro deve essere approvato, adottato ed adeguato, nonché aggiornato tempestivamente in occasione di ogni modifica degli elementi informativi dei trattamenti eseguiti.

## **OBIETTIVI**

La pianificazione delle azioni di prevenzione della corruzione persegue l'obiettivo di promuovere la cultura dell'integrità e della trasparenza. La predisposizione del presente atto tiene conto delle indicazioni contenute nei PNA adottati da ANAC e le relative Linee Guida emanate dalla stessa Autorità.

Con tale strumento viene definita la strategia di prevenzione della corruzione a partire dall'analisi preliminare dell'organizzazione, delle sue regole e del suo funzionamento, in termini di possibile esposizione al fenomeno corruttivo. L'Azienda di Oristano adotta il presente documento con l'obiettivo di fornire una valutazione del diverso grado di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione, per individuare le aree di attività amministrativa maggiormente esposte a tale tipo di rischio, a partire dalle attività che la Legge n. 190/2012 già considera come tali e di adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle già esistenti per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità (allegato 3).

L'obiettivo finale cui si vuole gradualmente tendere è un sistema di controllo preventivo che tenga conto dell'esigenza di uno sviluppo progressivo del sistema di prevenzione, con la consapevolezza che il successo degli interventi dipende in larga misura dal consenso sulle politiche di prevenzione, dalla loro accettazione e dalla concreta promozione delle stesse da parte di tutti gli attori coinvolti.

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

### **Individuazione delle attività a rischio**

Si conferma che, ad oggi, nella Azienda di Oristano non sono stati segnalati né si è avuta notizia di fatti corruttivi. Nella presente sottosezione sono riportati in coerenza e continuità con quanto già indicato nel vigente PIAO in tema di valutazione delle aree a rischio le rilevazioni sintetiche delle attività in essere da parte dell'attuale struttura aziendale e la mappatura del rischio di corruzione in relazione all'esistente.

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

In particolare, è stato valutato il grado di rischio dei principali processi connessi con le attività aziendali più rilevanti, con specifico riferimento alla probabilità (media e alta) che si verifichi un evento corruttivo. In questa fase transitoria per la misurazione del rischio è stata utilizzata la stessa metodologia già in uso come illustrata nell'allegato 4 -4.1 alla presente sezione.

I livelli di rischio sono stati così definiti:

- Medio (normativa di principio, ridotta pubblicità, attività a media discrezionalità, controlli ridotti, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo). Nei casi in cui sia riscontrabile un livello di rischio medio, saranno assicurati controlli e verifiche semestrali, definizione di protocolli operativi o regolamenti e implementazione delle misure preventive specificatamente individuate.
- Alto (alta discrezionalità, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo, potere decisionale concentrato in capo a singole persone, rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto

lunghi, rischio di danni alla salute in caso di abusi, notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi). Nelle attività in cui è previsto un alto livello di rischio, saranno effettuati controlli e verifiche trimestrali, saranno definiti i protocolli operativi e rafforzate le misure preventive specificatamente individuate.

Nell'allegato 3 alla presente sezione sono contenute le schede con l'individuazione di:

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

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

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

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

- ridurre l'opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- incentivare i controlli e quindi la possibilità di scoprire gli eventi corruttivi;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Le misure di ordine generale che l'Azienda intende focalizzare in questa fase al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne delle ulteriori nel momento dell'implementazione della progressiva attivazione del proprio Atto Aziendale, sono:

- rotazione dei dipendenti;
- gestione del conflitto di interessi;
- monitoraggio delle misure adottate per il personale (Codice di comportamento, UPD) e rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- patto d'integrità negli affidamenti;
- trasparenza e pubblicazione degli atti;
- azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- gestione e monitoraggio del sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito.

Alcune delle misure individuate potranno, stante il perdurare di questa fase transitoria, essere applicate con gradualità e/o più o meno integralmente in funzione della disponibilità delle risorse umane e organizzative necessarie nelle more della riorganizzazione prevista nell'Atto Aziendale. Successivamente l'ANAC con la Delibera 605 del 19/12/2023 PNA 2022 ha dedicato l'Aggiornamento 2023 ai contratti pubblici. La disciplina in materia è stata innovata dal D.Lgs. n. 36 del 31/03/2023 "Codice dei contratti pubblici in attuazione

dell'articolo 1 della L. n. 78 del 21/06/2022, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici", intervenuto in costanza di realizzazione degli obiettivi del PNRR/PNC e in un quadro normativo che, come indicato nel PNA 2023, presenta profili di complessità per via delle numerose derogatorie introdotte. Inoltre l'Azienda si propone di focalizzare l'attività, compatibilmente all'implementazione organizzativa, anche sulle seguenti linee:

- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- miglioramento continuo dei percorsi per l'accesso all'informazione e dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale dell'Azienda anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione).
- 

### **Rotazione dei Dipendenti**

Il quadro normativo vigente nel pubblico impiego privatizzato prevede l'istituto della rotazione del personale. Tale istituto è rimesso all'autonoma determinazione delle amministrazioni che - tenuto conto di eventuali limiti oggettivi e/o soggettivi - potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici. Va precisato che sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali in modo di consentire loro di presentare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti l'apertura di fasi di negoziazione in materia (vedi delib. ANAC n. 13/2015). Va, inoltre, sottolineato che la rotazione ordinaria rappresenta soprattutto un criterio organizzativo che, nell'ottica del rispetto dei canoni di buona amministrazione ex art. 97 della Costituzione, può contribuire alla crescita del personale rispetto alle conoscenze ed alle competenze, favorendo lo sviluppo professionale del lavoratore. In tale ottica, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ai fini del miglior utilizzo delle risorse umane disponibili. Peraltro, la rotazione del personale oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e come misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici, in quanto favorisce l'acquisizione di competenze di carattere trasversale e professionalità volte al perseguimento delle finalità istituzionali, è altresì prevista in modo espresso dalla Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (art. 1, c. 4, lettera e); comma 5, lettera b); comma 10, lettera b), come misura anticorruzione (la rotazione degli incarichi, d'altra parte, già dalla "Riforma Brunetta" - D.Lgs. n. 150/2009 - è stata considerata anche strumento fondamentale di trasparenza e contrasto della corruzione essendo stata inserita come una delle misure gestionali: l'articolo 16, c. 1, lett. l quater, del D.Lgs n. 165/2001 prevede che i dirigenti, con provvedimento motivato, facciano ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva).

La rotazione non deve essere considerata come misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative. Deve, altresì, essere rimarcato che nel quadro dell'attuazione del principio di rotazione, fatti salvi gli effetti normo/economici di eventuali diverse ed autonome valutazioni negative del dipendente, non dovrà darsi luogo a riduzioni del trattamento economico attribuito al personale interessato. In particolare, la rotazione ordinaria - da realizzarsi nel rispetto delle competenze professionali - è considerata nel suddetto Piano, oltre che misura di contrasto dei rischi potenziali di tipo corruttivo, leva organizzativa strategica in grado di favorire lo sviluppo di interessi e competenze.

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

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

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

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

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

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

La rotazione si applica per tutti i dipendenti laddove si rilevino circostanze che ne impongano l'utilizzo, come in caso di emersione di una situazione di conflitto di interessi che non possa essere diversamente gestita se non imponendo uno spostamento del dipendente ad altro servizio. Nei limiti delle possibilità garantite dalle risorse disponibili, deve essere assicurato l'affiancamento del dirigente neo-incaricato o dell'operatore non dirigente subentrante nel caso di rotazione applicata a personale non dirigente, affinché questi risultino facilitati nell'acquisizione delle conoscenze necessarie per lo svolgimento delle nuove attività.

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

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



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

In linea generale, inoltre, deve essere applicato il seguente principio: attivazione di meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici, ad elevato rischio (lavoro in team che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

La rotazione ovviamente non opera per le "figure infungibili", intendendo per tali quelle figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche o è richiesto il possesso di lauree specialistiche o altri titoli di studio posseduti da una sola unità lavorativa e non richiesti per altre figure dirigenziali. La rotazione del personale potrà essere facilitata da una pianificazione pluriennale delle iniziative formative con l'adozione di programmi orientati a contrastare le tendenze all'esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità. In tale ottica l'Azienda potrà orientarsi anche verso l'adozione di sistemi di gestione interni che aggiungano valore alla valutazione delle performance e consentano di favorire l'effettivo sviluppo del capitale professionale potenziale.

### **Rotazione ordinaria del personale dirigenziale**

La rotazione dei dirigenti, in attuazione dei principi generali sopra declinati, si realizzerà per le aree per le quali, a discrezione della Direzione strategica e a seguito di una mappatura degli incarichi/funzioni apicali, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di assicurare continuità dell'azione amministrativa e coerenza di indirizzo delle strutture, si prevede la possibilità di favorire lo sviluppo di nuove competenze anche - ma non soltanto - nelle aree alle quali afferiscono i processi a rischio individuati nel PIAO-SEZ-PCT, prevedendo l'alternanza fra i responsabili di Unità Operative Complesse, fra i Responsabili di Unità Operative Semplici, dei Responsabili di procedimento nonché dei Componenti delle commissioni di gara e di concorso. La rotazione dei dirigenti per quanto riguarda le UOC avverrà a livello intra dipartimentale in modo da evitare potenziali criticità riconducibili allo svolgimento di attività troppo distanti o scarsamente affini rispetto a quelle precedentemente svolte e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio. I dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva collaborazione e dell'accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento.

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

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

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

### **Rotazione straordinaria del personale**

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

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

L'art. 16, comma 1, lett. I quater, del D.Lgs. n. 165/2001 richiama la fase di "avvio di procedimenti penali e disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni (a differenza dell'art. 13 della legge n. 97/2001 che prevede il trasferimento del dipendente a seguito di "rinvio a giudizio"). La parola "procedimento" nel codice penale viene intesa con un significato più ampio rispetto a quella di "processo", perché comprensiva anche della fase delle indagini preliminari, laddove la fase "processuale", invece, inizia con l'esercizio dell'azione penale. Per quanto sopra, l'ANAC (Delibera n. 215/2019) ritiene che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, comma 1, lett. I quater, del D.Lgs. n. 165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p., ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale. Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Un provvedimento con esito negativo in caso di mero avvio del procedimento potrebbe avere diverso contenuto in caso di richiesta di rinvio a giudizio.

### **Durata della rotazione straordinaria**

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

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

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

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

### **Codice di Comportamento Generale e Codice di Comportamento dell'ASL n. 5 di Oristano**

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

L'ASL n. 5 di Oristano con Deliberazione del D.G n. 1 del 03/01/2024 ha adottato il proprio "Codice di Comportamento dei Dipendenti dell'ASL n. 5 di Oristano", che definisce, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, ss.mm.ii., i doveri che i dipendenti sono tenuti ad osservare al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei principi costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta al servizio e alla cura esclusivi dell'interesse pubblico.

L'adozione del Codice di Comportamento dell'ASL di Oristano rappresenta una delle azioni e misure principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello aziendale e costituisce pertanto elemento essenziale della presente sezione del PIAO 2024-2026.

Le previsioni del Codice di Comportamento aziendale integrano e specificano, le disposizioni contenute nel Codice Generale dei dipendenti pubblici approvato con DPR n. 62/2013, modificato dal DPR n. 81/2023, tenuto conto della normativa vigente e delle Linee guida emanate da ANAC in materia.

Il "Codice di Comportamento dei Dipendenti dell'ASL n. 5 di Oristano" è reperibile al seguente link:

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

Con l'approvazione del codice l'Azienda ha inteso ribadire il proprio concreto impegno nell'attività di prevenzione delle condotte riconducibili a fenomeni corruttivi, di seguito meglio identificati, in particolare attraverso la trasparenza completa dell'attività amministrativa, la promozione dell'etica e dell'integrità del proprio personale nella sua interezza, a prescindere dal ruolo occupato all'interno dell'Azienda o dalla tipologia di contratto che alla stessa li lega, con la precipua finalità di concorrere alla garanzia di un servizio sanitario efficiente, efficace e innovativo, nell'ottica della miglior tutela dei diritti del malato e del cittadino, valorizzando il profilo ed il ruolo del personale

In particolare, disciplina i seguenti ambiti:

- regali, compensi e altre utilità;
- partecipazione ad associazioni ed organizzazioni;
- comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse;
- obbligo di astensione;
- prevenzione della corruzione e tutela del Dipendente che segnala illeciti;

- trasparenza e tracciabilità;
- comportamento nei rapporti privati;
- comportamento in servizio - utilizzo delle tecnologie informatiche, mezzi di informazione e social media;
- rapporti con il pubblico - esercizio dell'attività libero-professionale e gestione delle liste d'attesa;
- disposizioni particolari per i Dirigenti;
- contratti ed altri atti negoziali e rapporti con le società farmaceutiche;
- vigilanza, monitoraggio e attività formative;
- responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ANAC con le Linee guida n. 15 recanti "Individuazione e gestione di conflitti di interesse nelle procedure di

affidamento di contratti pubblici” (G.U. Serie generale n. 182 del 5/08/2019) ha definito l’ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il responsabile dell’ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o comunque accertata realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l’imparzialità dell’azione amministrativa.

Il titolare del potere sostitutivo che valuta l’esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato.

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

Nel caso in cui il soggetto responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o nel caso di dirigente, il titolare del potere sostitutivo, accerti la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, lo stesso affida il procedimento ad un diverso funzionario dell'amministrazione oppure, in carenza di idonee figure professionali, lo avoca a sé stesso. Inoltre, tenuto conto della natura e dell'entità del conflitto di interesse, del ruolo svolto dal dipendente nell'ambito della specifica procedura e degli adempimenti posti a suo carico, può adottare ulteriori misure che possono consistere:

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

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

Per quanto riguarda l'esclusione dalla gara del concorrente si fa riferimento a quanto previsto dalle Linee guida dell'ANAC n. 15/2019.

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

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

### **Il nuovo art. 35 bis D.Lgs. 165/2001**

La L. 190/2012 introduce il nuovo art. 35 bis del D.Lgs n. 165/2001 che pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. Prevede al comma 1 che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di

sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

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

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

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

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

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

### **Incompatibilità/Inconferibilità incarichi**

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

L'**inconferibilità** comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). Si ricorda che l'obbligo suddetto, previsto dall'art. 20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

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

- acquisizione di apposite dichiarazioni (dichiarazione sostitutiva per inconferibilità degli incarichi dirigenziali dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali);

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

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

Nelle more dell'adozione di specifico regolamento aziendale in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali, si fa riferimento a quanto stabilito dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. e, per il principio di continuità amministrativa, dal regolamento per la gestione del personale a suo tempo adottato dall'ex Ats-Sardegna con deliberazione del D.G. n. 1325 del 28/12/2017, rinvenibile alla seguente pagina web istituzionale: <https://www.atssardegna.it/index.php?xsl=119&s=12&v=9&c=4811&id=311282&nodesc=1&httpst=www.atssardegna.it> recepito dalla ASL di Oristano con Deliberazione del D.G. n. 115 del 19/04/2022. L'Azienda detta i criteri oggettivi e predeterminati, tali da escludere casi d'incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, nell'interesse del buon andamento della P.A. o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di attività/incarichi extraistituzionali del personale dipendente che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e non siano compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio.

### **Controlli e Regime Sanzionatorio**

Nelle more dell'adozione di apposito regolamento aziendale e dell'attivazione di specifico servizio ispettivo, l'osservanza delle disposizioni sul corretto svolgimento di incarichi di ufficio e di attività extraistituzionali è soggetta alle verifiche effettuate anche a campione e/o mirate sui dipendenti da parte delle competenti Direzioni (Sanitaria e Amministrativa). Gli esiti delle verifiche circa le eventuali difformità rilevate sono trasmessi tempestivamente al Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente, ovvero all'Ufficio Procedimenti Disciplinari affinché siano attivate le conseguenti procedure disciplinari di competenza. L'attività di verifica deve essere inoltre trasmessa, con la periodicità prevista, al RPCT per i riscontri sui monitoraggi delle misure di prevenzione della corruzione.

### ***Revolving door - Pantouflage***

La parola "*Pantouflage*" viene utilizzata per indicare il passaggio di dipendenti pubblici al settore privato. Tale fenomeno, seppur fisiologico, potrebbe in alcuni casi non adeguatamente disciplinati dal legislatore, rivelarsi rischioso per l'imparzialità delle pubbliche amministrazioni.

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. 165/2001 che prevede il divieto, a carico dei dipendenti (sono da ricomprendersi anche i soggetti legati alla P.A. da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo – cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015) che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi, l'Azienda consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa (vedasi allegato 6), con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta



consegna della stessa da inserire nel fascicolo personale del dipendente.

Occorre precisare che nel novero dei “poteri autoritativi e negoziali” rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l’acquisizione di beni e servizi per la P.A. sia i provvedimenti che incidono, unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l’adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell’8 febbraio 2017) e che il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l’atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

L’istituto mira, pertanto, “ad evitare che determinate posizioni lavorative, subordinate o autonome, possano essere anche solo astrattamente fonti di possibili fenomeni corruttivi limitando per un tempo ragionevole, secondo la scelta insindacabile del legislatore, l’autonomia negoziale del lavoratore dopo la cessazione del rapporto di lavoro”

Nell’individuare l’ambito soggettivo di applicazione, la norma fa espressamente riferimento ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1, co. 2 del d.lgs. n. 165/2001 (2).

- Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
- Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato
- Ai titolari degli incarichi di cui all’art. 21 del d.lgs. 39/2013

L’attività lavorativa o professionale in questione va estesa a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a:

- rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato
- incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati.

Sono esclusi dal *pantouflage* gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità: l’occasionalità dell’incarico, infatti, fa venire meno anche il carattere di “attività professionale” richiesto dalla norma, che si caratterizza per l’esercizio abituale di un’attività autonomamente organizzata.

Con riferimento ai soggetti che le amministrazioni reclutano al fine di dare attuazione ai progetti del PNRR il legislatore ha escluso espressamente dal divieto di *pantouflage* gli incarichi non dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione per i quali non trovano applicazione i divieti previsti dall’art. 53, co.16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. L’esclusione non riguarda invece gli incarichi dirigenziali.

## **Il Patto di Integrità negli Affidamenti**

Secondo quanto previsto dall’art. 1 comma 17 della L. 190/2012, tra le misure di prevenzione della corruzione le Amministrazioni possono utilizzare i Patti d’integrità e i Protocolli di legalità. Si tratta di strumenti tesi a rafforzare la normativa antimafia mediante forme di controllo non obbligatorie ma volontariamente pattuite tra i soggetti coinvolti, ossia la Stazione appaltante e gli operatori economici che partecipano alla gara.

Lo scopo di tali patti è quello di prevenire il fenomeno corruttivo e valorizzare comportamenti eticamente adeguati. Al fine di rendere operativa la procedura le Stazioni appaltanti inseriscono negli avvisi, nelle lettere d’invito e nei bandi di gara, una cosiddetta “clausola di salvaguardia”. La mancata accettazione ed il mancato rispetto del protocollo di legalità danno luogo all’esclusione dalla gara ovvero alla risoluzione del contratto.

Recentemente è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 36 del 26/01/2024 lo specifico “Patto d’Integrità della Azienda Socio-sanitaria Locale n. 5 di Oristano adottato al fine di disciplinare i comportamenti degli operatori economici e del personale sia interno che esterno, nell’ambito delle procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs. 36/2023”.

#### **Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile**

L’Azienda attiverà e promuoverà l’utilizzo di canali di ascolto in chiave propositiva da parte dei portatori di interesse e dei rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini rispetto all’azione dell’Azienda al fine di migliorare ed implementare la strategia di prevenzione della corruzione, come da ultimo, l’invito sul sito web nella sez. Amministrazione Trasparente del RPCT a stakeholder, associazioni e società civile a presentare proposte, suggerimenti, osservazioni al fine di aggiornamento/modifiche della sotto-sezione del presente PIAO 2024, relativamente alle misure in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

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

L’Azienda continuerà ad effettuare azioni di sviluppo dell’URP Aziendale e implementerà strumenti per la crescita sistematica del rapporto di comunicazione biunivoco con i cittadini attraverso azioni a carattere generale e di comunicazione.

#### **Gestione e monitoraggio del sistema di tutela del segnalante (*Whistleblower*)**

L’ASL n. 5 di Oristano con Delibera del Direttore Generale n. 37 del 26/01/2024 ha approvato il Regolamento che disciplina le modalità di gestione delle segnalazioni di illeciti in ambito aziendale come previsto dal D.Lgs. n. 24 del 10/03/2023 (c.d. decreto Whistleblowing), a seguito di recepimento in Italia di Direttiva UE n. 2019/1937 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali (*Whistleblower Protection Directive*) tenuto conto delle Linee Guida ANAC approvate con delibera n. 311 del 12/07/2023.

Il Regolamento per la gestione delle segnalazioni Whistleblowing dell’Azienda definisce le procedure per il ricevimento delle segnalazioni e per la loro gestione e prevede l’attivazione degli appositi canali di segnalazione, incoraggiando l’utilizzo del canale di segnalazione interno.

I soggetti che segnalano illeciti di cui sono venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro e o di collaborazione con l’Azienda, sono tutelati secondo anche quanto disposto dalla recente normativa /comma 51 dell’art. 1 della L. n. 190/2012 che ha inserito l’art. 54-bis nell’ambito del D.Lgs. 165/2001 recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche”, rubricato “Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti”.

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

- avvio di azioni disciplinari ingiustificate;
- molestie sul luogo di lavoro;

- ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro lesive dei diritti del lavoratore.

La piattaforma informatica *whistleblower* aziendale è stata attivata a decorrere dal 29/09/2022 in collaborazione con *Transparency International Italia* e in seguito all'entrata in vigore del D. Lgs. n. 24/2023, in attuazione alla Direttiva UE 2019/1937, la stessa WhistleblowingPA ha aggiornato la stessa piattaforma in data 25/10/2023. In ottemperanza alla raccomandazione del PNA, il sistema informatico di segnalazione consente di indirizzare la segnalazione al RPCT, unico soggetto abilitato a ricevere e gestire la stessa nella piattaforma informatica nel rispetto delle garanzie che la normativa in materia offre al segnalante.

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

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

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

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

La piattaforma è raggiungibile dai segnalanti al seguente indirizzo web:

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

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

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

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

Le attività formative continuano ad essere gestite dal Servizio Formazione ARES.

Le attività di formazione si articoleranno su due livelli:

- il primo prevede la realizzazione di eventi formativi destinati a tutti i dipendenti e collaboratori dell'azienda da compiersi sia a livello centrale che a livello di articolazione aziendale sui temi dell'etica e della legalità, della conoscenza della normativa di riferimento sulla prevenzione della corruzione. Il processo di informazione/ formazione dovrà essere facilitato e rafforzato dai Responsabili delle strutture;
- il secondo livello di approfondimento riguarda il RPC, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e i funzionari addetti che svolgono la loro attività in settori che presentano un elevato grado di rischio di corruzione. Gli argomenti del secondo livello di formazione riguarderanno l'analisi approfondita della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la P.A., e più in generale sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

Il RPCT in collaborazione con il Responsabile della Formazione ARES, con la definizione del programma di formazione e la vigilanza sulla sua attuazione, assolve i propri obblighi circa l'individuazione delle procedure

idonee per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione.

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

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

Nel corso del 2024 si procederà, come già avvenuto nel 2023, compatibilmente con l'implementazione organizzativa a seguito di attuazione dell'Atto Aziendale, con iniziative di formazione/informazione base rivolte ai dipendenti privilegiando quelle da remoto (FAD), con interventi diretti del RPCT, con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di risorse possibili, privilegiando i neoassunti.

### **Monitoraggio eventi formativi sponsorizzati**

Nell'ambito della specificità dei percorsi formativi in sanità proseguirà nel corso del 2024 l'attenzione alla partecipazione dei dipendenti ad eventi di formazione o aggiornamento professionale sponsorizzati.

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

Il rischio specifico in relazione alla suddetta situazione è dato dal potenziale condizionamento, nei confronti di singoli professionisti o di equipe mediche, dei comportamenti prescrittivi ovvero, per quanto attiene alle sperimentazioni cliniche, alla possibile manipolazione di dati al fine di agevolare un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca, quote sul fatturato ovvero comparaggio). I contratti collettivi nazionali di lavoro dell'area sanità riconoscono al dirigente medico la libertà di autodeterminare il proprio percorso di aggiornamento professionale facoltativo, scegliendo in autonomia le iniziative formative, salvo obbligo di documentare debitamente la partecipazione alle stesse. Ciò comporta che un eventuale diniego da parte dell'Azienda in ordine alla partecipazione del dipendente a particolari iniziative di aggiornamento professionale possa trovare giustificazione solo se fondato su basi oggettive, ovvero su comprovate esigenze di servizio; in caso contrario potrebbe determinarsi un ingiusto danno alla professionalità del dirigente, risarcibile in via giudiziaria.

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

L'Azienda, ha recentemente attivato la Struttura SSD "Risk Management, Qualità e Formazione Permanente" afferente all'Area di Staff con Deliberazione del Direttore Generale n. 538 del 22/11/2023.

Attualmente e anche nell'anno 2023 per continuità amministrativa la materia è seguita dal Servizio Formazione anticorruzione e trasparenza, di ARES. Si auspica il superamento della fase transitoria con la gestione dei percorsi formativi in collaborazione con la competente struttura di ARES Sardegna.

### **PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

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

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

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

### **MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE**

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

Il monitoraggio si articola in due sotto-fasi:

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

Quest'ultima rileva in quanto il monitoraggio non deve limitarsi alla verifica dell'attuazione delle azioni anti rischio, ma deve appurare che le stesse azioni diano un reale contributo alla riduzione del rischio corruttivo.

Secondo quanto indicato nel PNA 2022, la valutazione dell'idoneità delle misure è di competenza del RPCT, il quale può essere supportato nella metodologia delle sue funzioni dagli organismi impegnati nel processo di valutazione delle performance (OIV) e/o dalle strutture deputate alle attività di auditing interno dove presenti.

La possibilità che una misura possa rivelarsi inidonea rispetto al suo scopo può essere dovuta a fattori diversi: attuazione puramente formale delle misure, cambiamento dei presupposti che l'anno determina, cambiamento degli attori inizialmente individuati. L'inidoneità accertata delle misure adottate, comporta da parte del RPCT la ridefinizione delle misure e delle modalità di trattamento del rischio.

Il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno, redige una relazione recante i risultati dell'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti presentati dai dirigenti sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione della sez. Anticorruzione e Trasparenza del PIAO e la trasmette al Direttore

Generale ed all'OIV e provvede alla pubblicazione della stessa sul sito aziendale sez. amministrazione trasparente. Per quanto attiene la relazione del 2022 la stessa è reperibile al seguente link:

<https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-corruzione/>

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

## **STATO DI ATTUAZIONE COMPLESSIVO DELLA PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA**

L'ASL di Oristano nelle more della concreta progressiva attuazione dell'Atto Aziendale, alla luce delle recenti disposizioni normative in materia di trasparenza e obblighi di pubblicazione ha predisposto il PIAO 2024-2026 contenente apposita sezione anticorruzione, nella quale si sta procedendo all'implementazione dei flussi informativi necessari a garantire l'individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati (vedasi allegato 2). In tale schema si prevede di indicare i soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali servizi/uffici tenuti alla individuazione, alla elaborazione dei dati, alla trasmissione e alla pubblicazione sul sito web istituzionale, appena si definiranno gli incarichi dirigenziali e si delineeranno le risorse umane. Sono invece individuati i soggetti responsabili in relazione ai monitoraggi e sono specificati i termini, le frequenze e le periodicità dei relativi aggiornamenti. Stante il perdurare dell'attuale fase transitoria e riorganizzativa dell'Azienda, alcuni obblighi di pubblicazione e trasparenza non sono nella disponibilità dell'Azienda in quanto i relativi dati e flussi sono nella disponibilità dell'ARES e di tale condizione viene data evidenza nel programma per la trasparenza, così come anche per i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione.

Dalle risultanze dello stato attuale, dalla relazione annuale del RPCT relativa alla gestione 2022 e dal monitoraggio effettuato da parte dell'OIV, si evidenzia come il sito web istituzionale (albo pretorio e sez. amministrazione trasparente) sia sufficientemente popolato di dati ed informazioni e come lo stesso sia in continua evoluzione con l'obiettivo di garantire pienamente gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte dell'Azienda, offrendo la possibilità agli *stakeholder* di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

Per il corrente anno 2024, stante la situazione organizzativa complessiva, proseguirà l'attività del vigente programma per la trasparenza con verifiche e monitoraggi periodici così come indicati nelle apposite sottosezioni, salvo un complessivo aggiornamento dello stesso nel caso di importanti modifiche organizzative legate all'implementazione delle misure previste nell'Atto Aziendale.

### **Accesso civico e accesso generalizzato**

Nel corso del 2023 è stato altresì raggiunto l'obiettivo relativo alla pubblicazione nella sez. "Amministrazione Trasparente" di tutte le informazioni per consentire agli interessati l'accesso civico e l'accesso generalizzato secondo quanto già indicato da ANAC. Al fine di garantire la continuità amministrativa, l'ASL di Oristano ha recepito con Delibera del D.G. n. 115 del 19/04/2022 "l'Aggiornamento del Regolamento aziendale in materia di accesso agli atti documentale, civico semplice e civico generalizzato- Deliberazione del Commissario

Straordinario n. 163 del 24/12/2020”.

Per il 2024 l’Azienda, continuerà l’attività di revisione e implementazione sia del sito aziendale che dell’apposita sezione Amministrazione Trasparente, per rendere maggiormente fruibili tutte le informazioni a garanzia della massima Trasparenza e Accessibilità. Inoltre, come indicato nella relazione annuale 2022 del RPCT, essendo state evidenziate alcune criticità legate alla procedura per quanto attiene la trasmissione di flussi, compatibilmente con la disponibilità di risorse umane, strutturali ed economiche, è opportuno apportare alcuni correttivi prevedendo, sia periodici incontri con i referenti di ogni singola sezione, che uno scadenziario e modalità informatizzate di trasmissione dei flussi in modo da poter consentire la pubblicazione integrale degli accessi nel rispetto degli obblighi e di quanto previsto dalla normativa.

### **Trasparenza in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture in ambito sanitario**

Il D.Lgs. n. 36/2023, nuovo Codice dei contratti pubblici, ha introdotto a partire dal 1 gennaio 2024, rilevanti modifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni, in coerenza con il principio di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici e del principio dell’unicità dell’invio (only once), in base al quale ciascun dato è fornito una sola volta ad un solo sistema informatico secondo l’art. 19 comma 2.

L’Azienda comunica tempestivamente i dati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate a svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, come previsto dall’art. 28. La stazione Appaltante assicura il collegamento tra la sezione Amministrazione Trasparente e la BDNCP mediante link di collegamento ipertestuale nella sezione “Bandi di gara e contratti” in Amministrazione Trasparente.

Si evidenzia inoltre che l’intera materia della trasparenza dei contratti pubblici è stata completamente ridisegnata quanto alle modalità di trasmissione dei dati, che a far data dal 01/01/2024 verranno trasmesse attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici.

Considerato che queste nuove modalità operative avranno un grande impatto sull’operatività degli uffici si propone di valutare l’opportunità di prevedere un aggiornamento nel corso del 2024, per verificare l’applicazione delle nuove misure anche a seguito della partecipazione degli operatori a specifici percorsi formativi che dovrebbero essere attivati da SardegnaCAT nei prossimi mesi di febbraio/marzo.

L’Azienda inoltre pubblica, all’interno della relativa sezione del sito web aziendale, i dati che non vengono trasmessi alla BDNCP ma che sono comunque oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell’allegato 1 della delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata ed integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023.

### **Obblighi informativi verso il RPTC**

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

attiene le attività a più elevato rischio di corruzione. Il RPCT è chiamato a vigilare sull'osservanza e l'attuazione delle misure medesime.

### **Responsabilità in caso di violazione del PIAO Sezione Anticorruzione e Trasparenza**

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

### **COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE**

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

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

### **ALLEGATI ALLA SOTTOSEZIONE II.C**

**Allegato\_1\_Contesto Esterno Regionale**

**Allegato\_2\_Obblighi di pubblicazione**

**Allegato\_3\_Tabella\_rischi\_e\_misure**

**Allegato\_4\_Catalogo\_Misure\_e\_procedimenti e 4.1 Misurazione del Rischio**

**Allegato\_5\_Normativa\_di\_riferimento**

**Allegato\_6\_Informativa\_pantouflage**

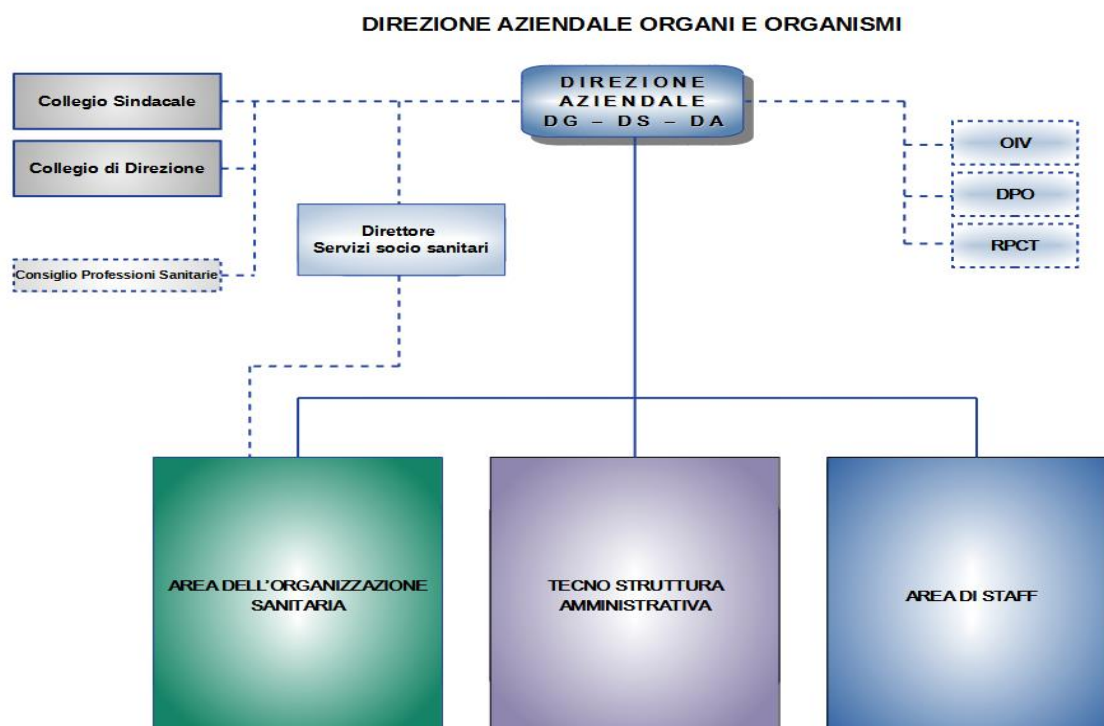


### Sezione III: Organizzazione e Capitale Umano

#### A. Struttura organizzativa

La struttura organizzativa della ASL n. 5 di Oristano è definita dall'Atto Aziendale, adottato dal Direttore Generale con deliberazione n. 26 del 24/01/2023 e dichiarato conforme alle linee guida regionali con DGR n. 3/41 del 27/01/2023, così come previsto dall'art. 16, comma 2, della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 e ss.mm.ii.

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



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

Nell'ambito dell'Azienda è attuato il principio della distinzione fra le funzioni di governo (programmazione, indirizzo, allocazione delle risorse e controllo), proprie del vertice aziendale (Direzione Aziendale, costituita

dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, supportati, per quanto di competenza, dal Direttore dei Servizi socio-sanitari) e le funzioni di organizzazione delle risorse e di gestione operativa affidate alla Dirigenza, secondo principi di responsabilizzazione e valorizzazione delle risorse coinvolte ai vari livelli.

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

### **Il modello Dipartimentale**

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

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

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

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

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

### **Le unità operative**

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

- strutture complesse (SC): organizzazioni complesse che svolgono una funzione o un complesso di funzioni omogenee e/o affini; possono essere aggregate a un dipartimento; sono dotate di autonomia organizzativa e tecnico-operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive emanati dal

Direttore dell'area dipartimentale e dalla Direzione Aziendale; sono dirette da un dirigente nominato in conformità alle normative vigenti;

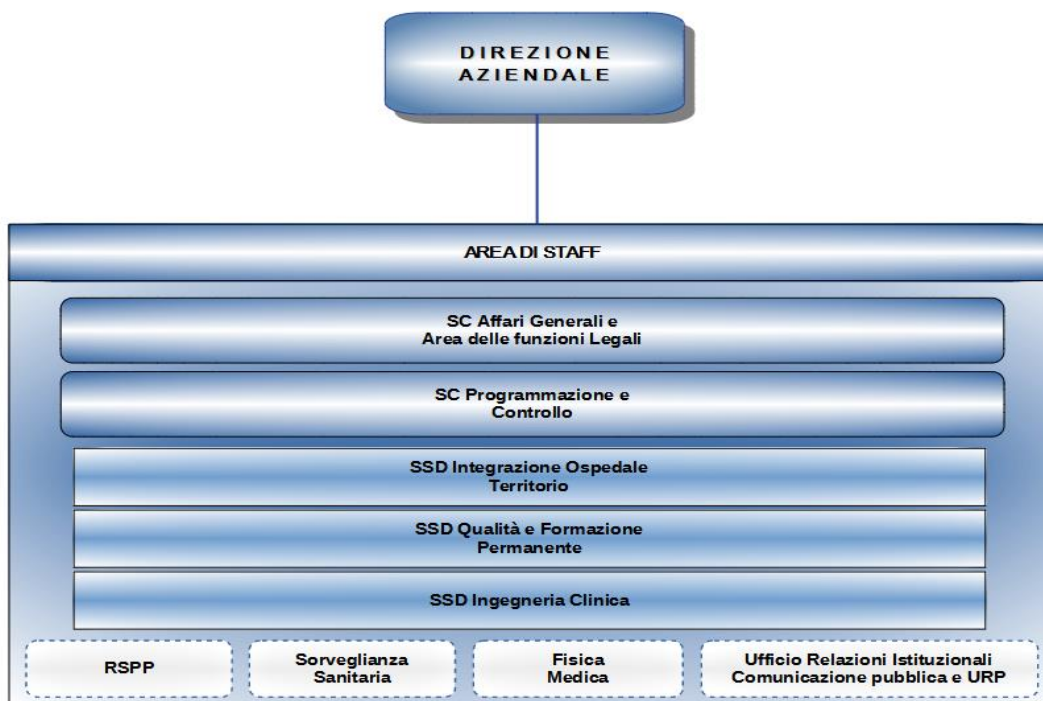
- strutture semplici dipartimentali (SSD): articolazioni in cui sono presenti competenze professionali e risorse finalizzate allo svolgimento di funzioni aventi carattere di particolare intensità delle seguenti variabili: valenza strategica, complessità organizzativa, valore economico, specializzazione,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

### Le tre macro – aree organizzative

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

#### Area di Staff

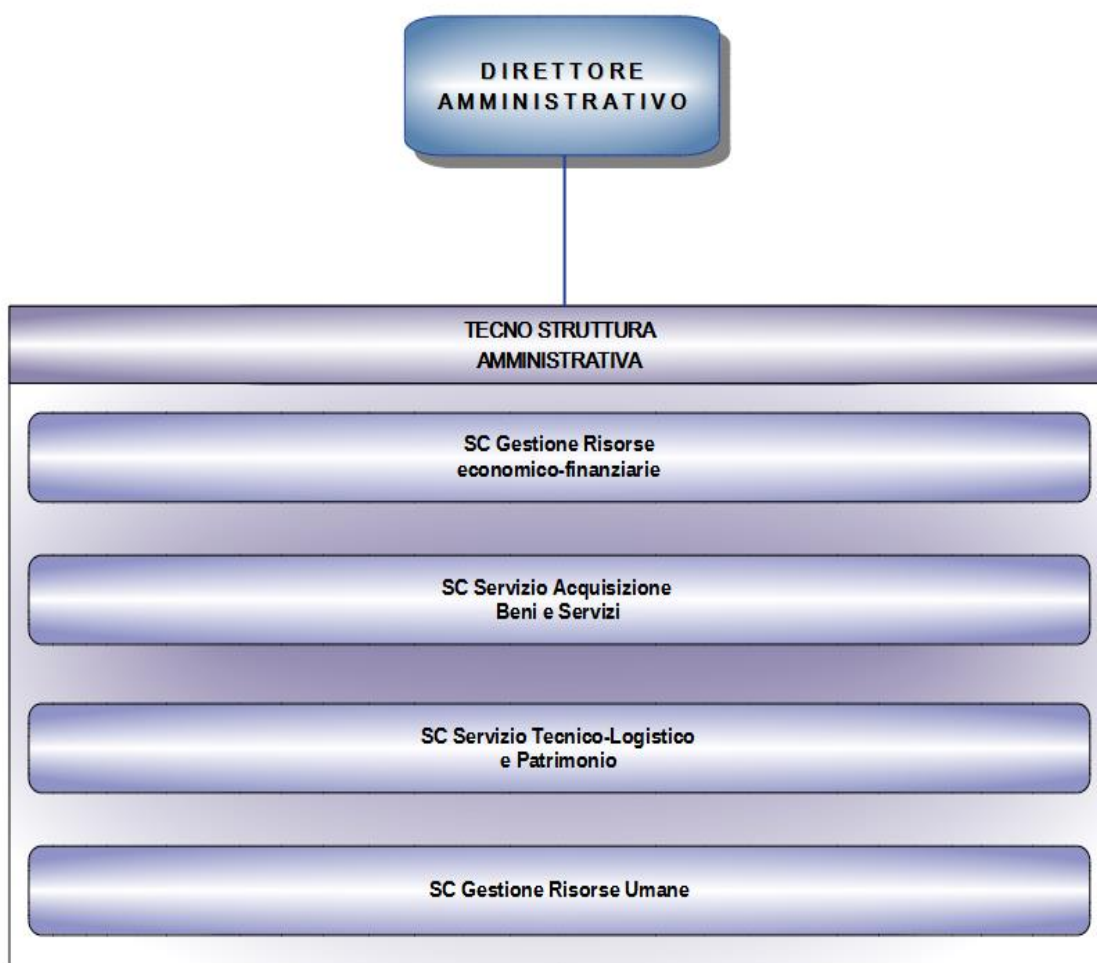
L'Area di Staff supporta la Direzione Aziendale nell'attività di governo, pianificazione strategica, programmazione e controllo, attraverso lo svolgimento delle funzioni inerenti gli affari generali e legali, le relazioni istituzionali, il presidio dei processi di integrazione, qualità, programmazione,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



## La Tecnostruttura Amministrativa

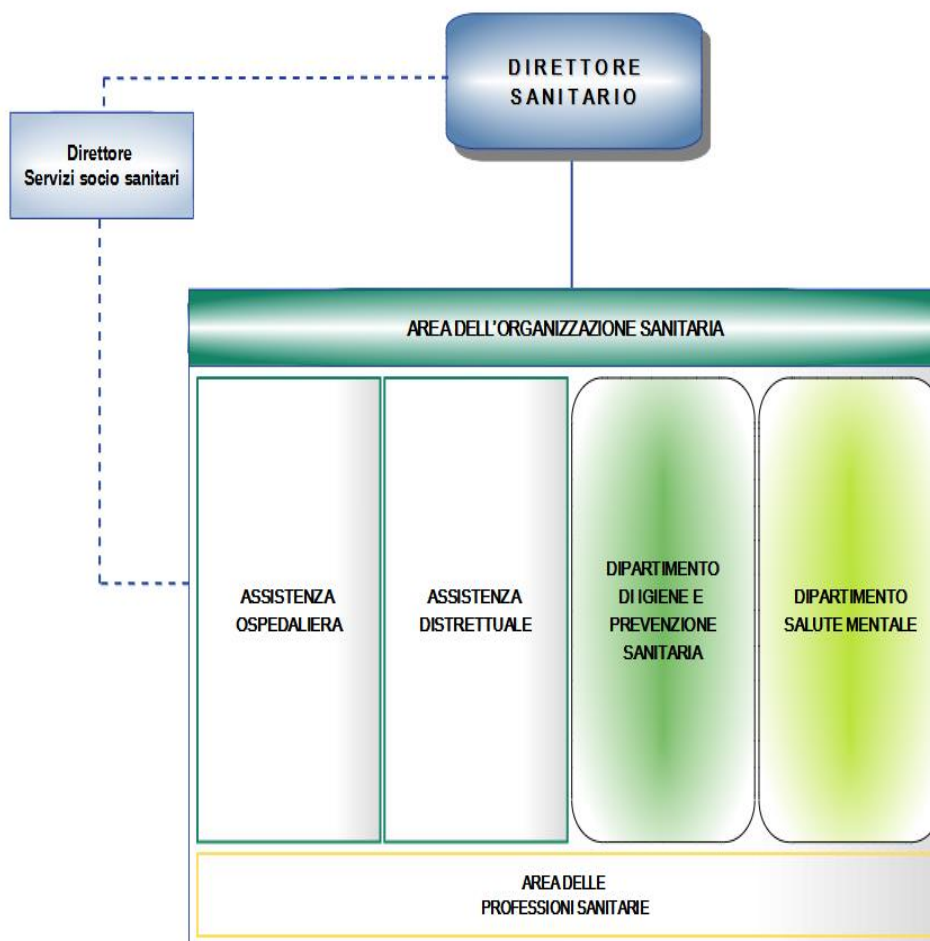
Traduce sul piano operativo i programmi della Direzione strategica attraverso lo svolgimento delle funzioni amministrative in coerenza con il modello organizzativo del SSR di cui alla L.R. 24/2020 e ss.mm.ii..

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



## Area dell'organizzazione sanitaria

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



## L'implementazione dell'Atto Aziendale

Nel corso del 2023 è stato avviato, con Deliberazione del Direttore Generale n. 90 del 14 marzo, il processo di implementazione dell'Atto aziendale, articolato nelle seguenti fasi:

- definizione e adozione del Funzionigramma, nell'ambito del quale sono delineate in maniera analitica, le funzioni e attribuzioni delle Strutture previste dall'organigramma di cui all'Atto aziendale (Deliberazione del Direttore Generale n. 402 del 6/09/2023);
- definizione del processo di graduazione delle funzioni dirigenziali e di adeguamento dei Fondi Contrattuali, nel rispetto della normativa vigente e delle prerogative delle OO.SS.;
- conferimento degli incarichi dirigenziali gestionali; in particolare sono stati attribuiti, a seguito di procedure selettive interne, così come previsto dai Regolamenti aziendali in materia, gli incarichi gestionali con riferimento all'Area dello Staff e della Tecno-Struttura Amministrativa come di seguito elencati:
  - SC Servizio Affari Generali e Area delle Funzioni Legali (Deliberazione del Direttore Generale n. 185 del 5/05/2023);
  - SC Servizio Programmazione e Controllo (Deliberazione del Direttore Generale n. 186 del 5/05/2023);
  - SC Servizio Gestione Risorse Umane e Sviluppo Organizzativo (Deliberazione del Direttore Generale n. 187 del 5/05/2023);
  - SC Servizio Acquisizione Beni e Servizi (Deliberazione del Direttore Generale n. 188 del /05/2023);
  - SC Servizio Tecnico Logistico e Patrimonio (Deliberazione del Direttore Generale n. 189 del 5/05/2023)

nonché quelli di Direzione delle SSD di Area Sanitaria; per quanto attiene agli incarichi di Direzione delle Strutture Complesse Sanitarie vacanti, l'Azienda, nel rispetto della ripartizione delle funzioni nell'ambito del SSR definito dalla riforma del 2020, ha dato mandato ad ARES di avviare le relative procedure concorsuali che, ad oggi, sono state definite con il conferimento degli incarichi delle SS.CC. Urologia (Deliberazione del Direttore Generale n. 537 del 22/11/2023), Medicina Interna (Deliberazione del Direttore Generale n. 567 del 5/12/2023), Medicina e Chirurgia di accettazione e di Urgenza (Deliberazione del Direttore Generale n. 600 del 23/12/2023) e Cardiologia (Deliberazione del Direttore Generale n. 601 del 27/12/2023);

- definizione degli assetti organizzativi degli incarichi dirigenziali professionali, di Area PTA e di Area Sanitaria e conferimento degli stessi (Deliberazione del Direttore Generale n. 642 del 11/12/2023 come integrata dalla successiva n. 5 del 3/01/2024);
- definizione degli assetti organizzativi degli incarichi del personale del Comparto e avvio della procedura per il conferimento degli stessi (Deliberazione del Direttore Generale n. 675 del 28/12/2023 - procedura attualmente in corso).

## B. Organizzazione del lavoro agile

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

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

### **Normativa di riferimento**

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

- art. 14, comma 3, l. 7/08/2015 n. 124, recante “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante “Linee Guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- artt. 18 e ss. l. 22/05/2017 n. 81 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”;
- Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1/07/017 avente ad oggetto “Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l’attuazione dell’art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- Circolare INAIL 48 del 2/11/2017 avente ad oggetto: “Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative”;
- art. 2 “Lavoro agile” Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25/02/2020;
- art, comma 5 art. 18 co. 5 D.L. n. 9 del 2/03/2020, di modifica dell’art. 14, l. n. 124/2015;
- art. 3 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa” Direttiva 2/2020 del 12/03/2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto “Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 nelle PPAA di cui all’art.1 D.Lgs 165/2001”;
- art. 87, commi 1 e 2 del D.L. n. 18 del 17/03/2020, come convertito dalla l. n. 70/2020, e s.m.i.; in ragione dell’emergenza pandemica e della prioritaria necessità di contenerne gli effetti, la disposizione individua il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, con lo scopo di limitare la presenza del personale negli uffici per le sole attività indifferibili o che richiedono necessariamente la presenza in sede, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall’amministrazione;

- art. 2 Circolare esplicativa 2/2020 del 2/04/2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto “Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18”;
- art. 263, comma 4 bis D.L. n. 34 del 19/05/2020; la disposizione introduce la redazione da parte delle pubbliche amministrazioni del P.O.L.A. (Piano di organizzazione del lavoro agile), quale strumento di programmazione del lavoro agile, da redigersi entro il 31 gennaio di ciascun anno, sentite le organizzazioni sindacali;
- Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 19/10/ 2020 con il quale sono state individuate le misure di organizzazione del lavoro pubblico nel periodo emergenziale;
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9 dicembre 2020 attraverso il quale sono state approvate le Linee Guida per l’adozione del POLA;
- Direttiva n. 3/2020 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell’evolversi della situazione epidemiologica da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- CCNL Area delle funzioni Locali - Triennio 2016 – 2018, adottato il 17/12/2020;
- Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, dicembre 2020; il POLA definisce “le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative”;
- art. 1 del D.L. n. 56 del 30/04/2021 “Disposizioni urgenti in materia di lavoro agile”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/09/2021 recante “Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni”; ai sensi della suddetta disposizione “a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è quella svolta in presenza”;
- Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell’8/10/2021, con il quale si dispone che le Pubbliche Amministrazioni riorganizzino il rientro in presenza del personale dipendente, con contestuale regolamentazione, attraverso accordi individuali, dei rapporti dei dipendenti in lavoro agile, in attesa della contrattazione collettiva nazionale;
- Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche del 30/11/2021 nel quale si delineano gli aspetti fondamentali della regolamentazione del lavoro agile e da remoto in attesa della disciplina definitiva derivante dalla contrattazione collettiva;
- D.L. 24/12/2021, n. 221, come convertito dalla l. 18/02/2022 n. 11, “Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell’epidemia da COVID-19”;



- Circolare del 5/01/2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, contenente indicazioni sulle modalità di lavoro agile per le PP.AA. E il lavoro privato;
- D.L. 24/03/2022, n. 24, come convertito nella l. 19/05/2022 n. 52 “Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell’epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza”;
- D.L. 73 del 21/06/2022 come convertito dalla l. del 4/08/2022 n. 122, recante ad oggetto “Misure urgenti in materia di semplificazioni fiscali e di rilascio del nulla osta al lavoro, Tesoreria dello Stato e ulteriori disposizioni finanziarie e sociali;
- D.M. 04/02/2022;
- D.L. 9/08/2022, n. 115, cd. “Decreto aiuti-bis”, come convertito dalla l. n. 142 del 21/09/2022, recante “Misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali”;
- D.M. 149 del 22/08/2022 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, “Obblighi di comunicazione relativi al lavoro agile dei dipendenti pubblici e privati”;
- CCNL Comparto Sanità - Triennio 2019/2021, adottato il 2 novembre 2022;
- Legge di bilancio n. 197/2022, art 1 comma 234 septies;
- Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023.

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

La disciplina del lavoro agile è stata poi integrata dal legislatore nel 2017, con la L. 22/05/2017, n. 81 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”, al cui capo II il lavoro agile viene definito per la prima volta come ***“modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa”***.

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

distanziamento sociale ed erogazione dei servizi all'utenza, complice anche la modalità semplificata di attuazione del lavoro agile. Durante le fasi più critiche dell'emergenza sanitaria degli anni 2020 e 2021 il lavoro agile ha rappresentato così la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/09/2021, adottato successivamente alla cessazione dello stato di emergenza connesso alla pandemia, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella PA torna ad essere quella in presenza, secondo il regime previgente all'epidemia, disciplinato dalla legge n. 81/2017, così come modificata dai successivi provvedimenti normativi, fatte tuttavia salve le posizioni dei lavoratori "fragili" per i quali sono previste salvaguardie particolari.

## **L'organizzazione del lavoro**

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

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

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

Fermo restando quanto sopra, l'accesso a tale modalità di esecuzione della prestazione potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità, dettate dalla disciplina normativa e contrattuale di riferimento:

- invarianza dei servizi resi all'utenza;
- adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;

- stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81 e dal CCNL Comparto Sanità, per quanto applicabile. L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda e Ente, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore che, di norma, vengono forniti dall'amministrazione. L'accordo deve inoltre contenere almeno i seguenti elementi essenziali:
  1. durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
  2. modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
  3. modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
  4. ipotesi di giustificato motivo di recesso;
  5. definizione dell'articolazione oraria della prestazione e del diritto di disconnessione;
  6. tempi di riposo del lavoratore (che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza) ed eventuali fasce orarie di contattabilità
  7. misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
  8. modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
  9. impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione. Il dipendente che svolge la sua prestazione lavorativa in modalità agile, avrà cura di evitare l'utilizzo di postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche e operare nel rispetto dei criteri di garanzia della sicurezza delle informazioni. E' in ogni caso garantita l'applicazione da parte dell'Azienda della normativa in materia di infortunio sul lavoro.

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

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

Il direttore della struttura avrà cura di effettuare il monitoraggio delle attività svolte in modalità "smart" e lo stato di avanzamento degli obiettivi prefissati nell'accordo individuale ; a tal fine potrà avvalersi del Portale

delle presenze nella quale è presente una sezione dedicata alla registrazione da remoto delle giornate e orari svolti in modalità agile da parte del dipendente. Lo stesso direttore dovrà inoltre monitorare la regolare esecuzione dell'attività e lo stato di avanzamento degli obiettivi prefissati. Rimangono tuttavia fermi gli ordinari criteri di valutazione delle prestazioni secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

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

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

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

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

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

### **Soggetti coinvolti nel lavoro agile**

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

### **Responsabili delle singole Strutture o Servizi**

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

### **S.C. Gestione Risorse Umane e Sviluppo Organizzativo**

La S.C. Gestione Risorse Umane, U.O. prevista nell'Atto Aziendale e di prossima implementazione, cura la regolamentazione aziendale in materia di lavoro agile e l'aggiornamento normativo, la predisposizione dello schema di accordo individuale per il lavoro agile, supporta la direzione aziendale nei rapporti in materia con le Organizzazioni Sindacali. Cura inoltre le comunicazioni telematiche previste in materia dalla normativa vigente. In ragione della ripartizione di competenze tra le Aziende del SSR previste dalla L.R. 24/2020 e ss.mm.ii., sono rimessi alla competenza di ARES, gli eventuali adeguamenti del software aziendale di

rilevazione delle presenze, ai fini del corretto inserimento dei giustificativi circa lo svolgimento della prestazione in smart work.

### **S.C. Programmazione e Controllo di Gestione**

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

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

**SSD Qualità, Risk Management e Formazione Permanente:** svolge funzioni di supporto in relazione all'organizzazione e gestione dei percorsi formativi del personale in materia di lavoro da remoto;

### **Organismo indipendente di valutazione (OIV)**

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

### **Responsabile Protezione Dati (DPO)**

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

### **Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)**

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

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

### **Organizzazioni Sindacali**

Come sopra descritto, le OO.SS. contribuiscono, in sede di confronto, a definire le attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso alle stesse.;

Contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile.

### **Responsabile della Transizione al Digitale (RTD):**

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

La ASL 5 si coordina con le Strutture ARES competenti in materia di ICT e di Formazione del personale al fine rispettivamente :

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

### **Obiettivi perseguiti**

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

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

### **Attività effettuabili in modalità agile**

Fermo restando il confronto con le OO.SS., l'Azienda individua le attività lavorative compatibili con il lavoro agile, predisponendo una apposita mappatura; rimangono in ogni caso escluse tutte le attività di front office, quelle implicanti ispezioni e sopralluoghi sul territorio e /o richiedenti la presenza fisica del dipendente nella sede Aziendale, le attività assistenziali, socio-assistenziali e di cura in genere, nonché quelle che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni e documentazione non "remotizzabili".

L'organizzazione del lavoro in modalità agile deve essere credibile, percorribile ed efficace, ed essere attuata mediante un approccio graduale e ponderato. L'indicazione operativa che guiderà il lavoro di

mappatura delle attività sarà l'esigenza di non impattare negativamente sull'efficacia dei processi organizzativi aziendali, sulla base dei seguenti principi:

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

La compatibilità dell'attività discende dai seguenti parametri:

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

Le fasce risultanti da tale processo di mappatura sono:

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

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

### **Programma di sviluppo del lavoro agile e livello di attuazione nella ASL 5 di Oristano**

Il Programma di sviluppo del Lavoro Agile della ASL di Oristano, definito con il PIAO 2023/2025 prevede un'articolazione in tre fasi.

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

- mappatura delle tipologie di lavoro che possono essere svolte in modalità agile;
- mappatura dell'adeguata dotazione tecnologica dell'Azienda da fornire al dipendente;

- adozione del Regolamento per il Lavoro Agile, da redarsi tenuto conto del contributo delle organizzazioni sindacali, e definizione del format di accordo individuale per l'esecuzione del lavoro agile;
- raccolta dei fabbisogni formativi e avvio della fase formativa per i dirigenti e i dipendenti finalizzata al miglioramento delle competenze nell'utilizzo delle tecnologie digitali;

Tutti i suddetti obiettivi sono stati completati nel corso dell'annualità di riferimento; in particolare, con Deliberazione del Direttore Generale n. 345 del 31/07/2023 è stato adottato il Regolamento del Lavoro a Distanza per il personale della Dirigenza e del Comparto e il format di accordo individuale; nel periodo successivo all'adozione del Regolamento l'Azienda ha stipulato 5 accordi individuali.

**Fase di sviluppo intermedio con i seguenti obiettivi da perseguire (anno 2025):**

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

Si ritiene di rinviare all'annualità 2025 lo step in parola.

**Fase di sviluppo avanzato (anno 2026) nella quale ci si impegna a:**

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

**C. Il Piano triennale dei Fabbisogni di personale**

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale costituisce l'atto di programmazione che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad adottare a norma degli artt. 6 e 6 ter del D. lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. e costituisce il documento propedeutico all'ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche e della *performance* secondo i principi-obiettivi dell'economicità, efficienza e qualità dei servizi, inserendosi nei documenti di programmazione previsti dalla normativa vigente, di cui è necessario completamento. La proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni 2024-2026 è parte integrante della delibera di approvazione del Bilancio Preventivo per l'anno 2024 (Deliberazione n.n. 522 del 15/11/2023). L'adozione definitiva verrà formalizzata con successivo provvedimento a seguito dell'approvazione regionale in ottemperanza alle vigenti indicazioni regionali.



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

Nell'attuale contesto, la definizione dei fabbisogni ed il correlato reclutamento del personale risultano ancora fortemente condizionati dalle difficoltà di reclutamento per alcune discipline dell'Area della dirigenza sanitaria (Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, Radiodiagnostica e Ortopedia) e di alcune professionalità dell'Area del Comparto, che non ha consentito, nel 2023 di soddisfare l'intero fabbisogno programmato nonostante le diverse procedure espletate, con conseguente necessità del ricorso, nel rispetto della normativa vigente, di strumenti alternativi, quali il conferimento di incarichi a tempo determinato, libero professionali o di collaborazione, la stipula di Convenzioni con le altre Aziende del SSR per lo svolgimento di attività di consulenza e il ricorso al lavoro in somministrazione, nonché l'utilizzo dell'istituto delle prestazioni aggiuntive.

L'elaborazione del PTFP 2024/2026 è stata definita a partire dall'analisi di contesto delle diverse unità operative e delle relative criticità, effettuata con il concorso dei dirigenti responsabili delle stesse e della dirigenza delle professioni sanitarie e finalizzata ad una prioritaria e necessaria verifica circa l'attuabilità di strategie interne di soddisfacimento del fabbisogno, quali la riallocazione di risorse presso le differenti unità operative, la verifica di possibili cambi di profilo, nel rispetto di quanto previsto dal CCNL del Comparto Sanità, la programmazione, secondo il percorso previsto dal citato CCNL, delle procedure di progressione verticale.

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

- copertura del turn over, finalizzata ad assumere un numero di unità coerenti con le cessazioni verificatesi;
- superamento delle carenze di alcune tipologie di specialisti medici e di personale del Comparto;
- implementazione degli assetti organizzativi della ASL n. 5 così come delineati, *in primis*, dall'Atto aziendale nell'ambito del quale l'Azienda ha inteso privilegiare assetti organizzativi improntati alla multidisciplinarietà e all'integrazione dei processi assistenziali, che consentano, attraverso l'ottimizzazione dei processi di presa in carico e gestione globale del paziente, di razionalizzazione le risorse e di limitare i livelli di inappropriately nell'erogazione delle prestazioni;
- valorizzazione e qualificazione del personale del Sistema Sanitario Regionale, nei diversi ruoli e nei vari setting operativi (assistenziali, clinici, amministrativi, gestionali e di supporto);
- superamento del precariato e valorizzazione delle professionalità acquisite dal personale con rapporto di lavoro flessibile attraverso il ricorso alle procedure di stabilizzazione disciplinate dalla normativa vigente - D.Lgs. 75/2017 e s.m.i., D.L. n. 34/2020, come convertito nella l. 77/2020 e s.m.i., dalla L. n. 234/2021 e s.m.i., L.R. RAS n. 17/2021 e s.m.i.- mediante la trasformazione in

- rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni lavorative stabili ed istituzionali ricoperte con contratti di lavoro a tempo determinato;
- progressiva riduzione di tipologie di lavoro atipico - in particolare il lavoro interinale – di cui l’Azienda si è avvalsa negli anni appena trascorsi quale strumento immediato e tempestivo per rispondere alle esigenze assistenziali derivanti dall’emergenza Covid19 ed in particolare per sostenere l’avvio e l’implementazione della campagna vaccinale, in correlazione alle difficoltà di arruolamento con gli ordinari strumenti di reclutamento;
  - progressiva riduzione del ricorso all’istituto delle prestazioni aggiuntive.

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

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

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

Un’importante novità in materia di reclutamento del personale è stata introdotta dalla L.R. 17/2023 che ha conferito alle Aziende Sanitarie la competenza in materia di gestione delle selezioni a tempo determinato, strumento che, nelle more della definizione delle procedure concorsuali, permetterà di gestire, in modalità più agile, la carenza di dotazione organica con particolare riferimento alle cessazioni non programmabili.

Si allega il Piano del Fabbisogno del Personale per triennio 2024-2026 (Allegato B).

### **Formazione del personale**

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

In coerenza con la disposizione sopra richiamata, nel corso del 2023 ARES Sardegna ha proceduto alla raccolta dei fabbisogni formativi delle diverse ASL e, quindi, all’adozione, con Deliberazione del proprio Direttore Generale n. 327 del 29/12/2023, all’approvazione del Piano Annuale della Formazione del Provider

ARES 2024 (link: <https://www.aressardegna.it/ap/deliberazione-del-direttore-generale-n-327-del-29-12-2023/>), nell'ambito del quale è stato definito il Piano formativo della ASL 5 di Oristano (all. C).

ARES come da norma regionale garantirà in ogni caso la formazione generale obbligatoria in materia di sicurezza, antincendio, urgenza ed emergenza, privacy e anticorruzione. L'ASL da canto suo svilupperà progetti strategici di formazione nell'ambito del Risk Management, della ricerca bibliografia clinica e della costruzione dei PDTA, tutti ambiti della Clinical Governance.

Attualmente e anche nell'anno 2023 i corsi relativi alle tematiche di etica e cultura della legalità sono stati gestiti dal Servizio Formazione anticorruzione e trasparenza, di ARES, principalmente attraverso la metodologia FAD – Formazione a distanza on-line.

### **OBIETTIVI PER FAVORIRE LE PARI OPPORTUNITA' E L'EQUILIBRIO DI GENERE**

Nel corso del 2023 l'Azienda ha provveduto, con Deliberazione n. 495 del 30/10/2023, all'Istituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG) ed è stata indetta una manifestazione di interesse riservata ai dipendenti dell'Azienda con lo scopo di individuare la componente di parte aziendale; sono state altresì acquisite le indicazioni delle OO.SS. finalizzate all'individuazione dei componenti di parte sindacale.

La procedura di cui sopra non ha consentito di individuare un numero sufficiente di risorse; nel corso del 2024, pertanto, saranno riaperti i termini di partecipazione e, in caso di insufficiente adesione, l'Azienda provvederà ad individuare i componenti necessari a completare l'organico del CUG.

Al CUG sarà affidata la definizione di una proposta per l'adozione del Piano Triennale delle Azioni Positive.

### **Sezione IV – Monitoraggio**

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avverrà secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e trasparenza secondo le indicazioni di ANAC. Per quanto riguarda la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

#### **Monitoraggio del valore pubblico e performance**

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato da questa azienda copre sia l'area dei comportamenti che quella dei risultati e riguarda sia la performance organizzativa delle strutture che la performance individuale di tutti i dirigenti e di tutto il personale non dirigenziale. Il processo di budgeting è pertanto uno degli elementi a cui è ancorata la valutazione.

Per quanto attiene alla misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi individuati, la verifica e la misurazione definitiva è preceduta da verifiche intermedie e da almeno un incontro intermedio tra Direttori delle Strutture e Direzione Generale, al fine di poter evidenziare eventuali criticità rispetto alla realizzazione dell'obiettivo e porre in essere eventuali azioni correttive.

La rendicontazione degli obiettivi avviene utilizzando i dati fruibili dalle fonti ufficiali dell'azienda o acquisendo la documentazione e/o le relazioni dalle strutture, in modo tale da rendere la dimostrazione del raggiungimento del target richiesto dall'obiettivo e la sua misurazione il più possibile oggettiva. Si rileva

tuttavia un non sempre coerente e non completo sviluppo dei sistemi informativi a supporto dell'intero processo che limita l'attività di individuazione di obiettivi e indicatori e non sempre è possibile la misurazione tempestiva degli stessi.

La misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici declinati in questo piano saranno rendicontati nella Relazione sulla Performance entro il mese di giugno dell'anno successivo rispetto all'anno oggetto di monitoraggio.

### **Monitoraggio dei rischi corruttivi**

Il monitoraggio della sezione "Anticorruzione e Trasparenze", avviene secondo le indicazioni di ANAC, al fine di intervenire con gli eventuali correttivi che si dovessero rendere necessari per l'ambito sopra riportato.

Più specificatamente il monitoraggio delle azioni descritte nella sezione rischi corruttivi e trasparenza, è effettuato dai seguenti attori:

Responsabile: RPCT e SC Affari Generali e Area delle Funzioni Legali.

Il RPCT metterà in atto le azioni necessarie relative alla verifica dell'attuazione delle misure generali e specifiche predisposte dall'Azienda e all'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel presente Piano. Per ulteriori dettagli si rimanda alla sottosezione II.C

Il monitoraggio si rivela uno strumento utile, durante il corso dell'anno, per monitorare i processi e i rischi, calcolare gli indicatori, analizzare i risultati ed eventualmente attivare le leve necessarie a porre in essere le azioni correttive.

La sezione Anticorruzione e Trasparenza, la cui attuazione sarà oggetto di valutazione della Performance individuale dei Dirigenti da parte dell'OIV, detta obiettivi specifici per ciascun Direttore/Dirigente/Responsabile quali misure ulteriori in materie di corruzione, quali la relazione infrannule (semestrale) che coinvolge tutte le Direzioni, le pubblicazioni obbligatorie in materia di trasparenza, il rispetto generalizzato delle misure anticorruzione, che si pongono in linea di continuità con il pregresso anno 2023.

A tale scopo è stato approntato un attento lavoro con la SC Programmazione e Controllo per creare le condizioni della eterointegrazione dei documenti programmatici tra di loro allo scopo di realizzare una *mission* comune.

Il monitoraggio è stato, pertanto programmato tenendo conto dalle risultanze delle singole relazioni semestrali/annuali e dalle criticità emerse, i cui esiti saranno resi noti nell'ambito della Relazione annuale 2024 del RPCT.

Attualmente non vi è la possibilità di avvalersi di strumenti e procedure digitalizzate, idonei a facilitare l'attività di monitoraggio.

Mentre invece sono stati attivati gli strumenti di ascolto per valutare le rilevazioni di soddisfazione degli *stakeholder* e della società civile, a cura del Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Nello specifico, sono stati pubblicati nel sito web, sezione Amministrazione Trasparente: avviso, invito a cittadini, utenti, dipendenti, associazioni, sindacati o altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi e diffusi a presentare proposte, suggerimenti, osservazioni sull'aggiornamento della sezione "Anticorruzione e Trasparenze", sull'adozione del Codice di comportamento e del Regolamento Whistleblowing, anche tramite un modulo proposte, all'uopo predisposto, unitamente all'informativa sul trattamento dei dati personali.