

Allegato A

# Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027 ASL DI ORISTANO



## Sommario

<b>Premessa</b> .....	3
<b>Sezione I – Scheda anagrafica dell’amministrazione</b> .....	3
A. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria .....	3
B. Analisi del contesto.....	4
C. I servizi e le attività nel territorio.....	6
<b>Sezione II – Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione</b> .....	17
A. Valore Pubblico .....	17
B. Performance.....	42
C. Rischi corruttivi e trasparenza .....	43
<b>Sezione III: Organizzazione e Capitale Umano</b> .....	74
A. Struttura organizzativa .....	74
B. Organizzazione del lavoro agile.....	79
C. Il Piano triennale dei Fabbisogni di personale .....	89
<b>Sezione IV – Monitoraggio</b> .....	96

## 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

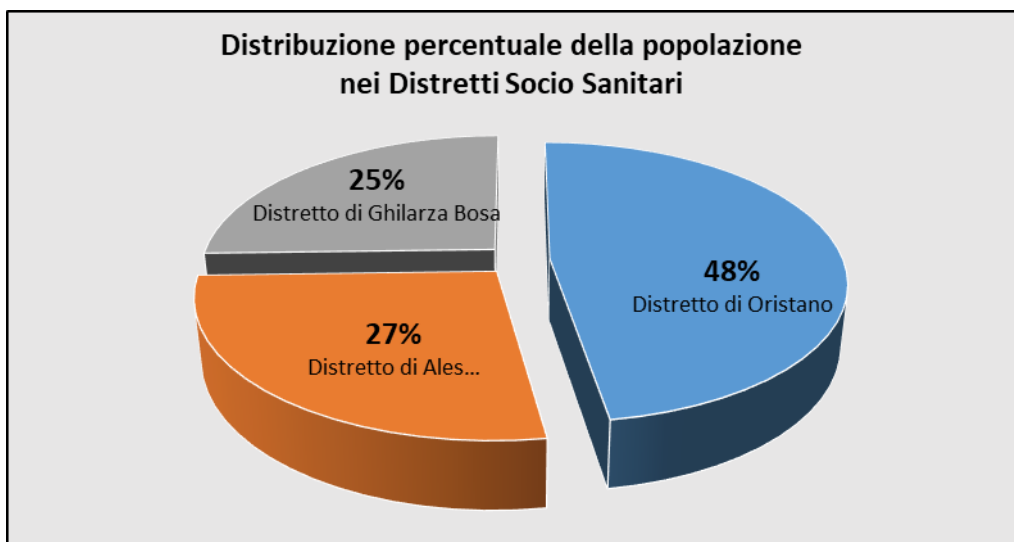
L'ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano, fatta eccezione per il Comune di Genoni, e comprende 88 Comuni con una estensione di 3.040 Km<sup>2</sup> e una popolazione residente all'01.01.2024 di 149.822 abitanti per una densità abitativa di 49,3 abitanti.

Di seguito l'elenco dei comuni con popolazione al 01.01.2024.

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	Pop.	Comune	Pop.	Comune	Pop.
Allai	349	Albagiara	229	Abbasanta	2.562
Baratili San Pietro	1.203	Ales	1.250	Aidomaggiore	386
Bauladu	613	Arborea	3.723	Ardauli	760
Cabras	8.821	Assolo	328	Bidonì	122
Milis	1.394	Asuni	299	Bonarcado	1.539
Narbolia	1.639	Baradili	80	Boroneddu	157
Nurachi	1.660	Baressa	553	Bosa	7.400
Ollastra	1.106	Curcuris	302	Busachi	1.131
Oristano	30.273	Genoni	744	Cuglieri	2.441
Palmas Arborea	1.501	Gonnoscodina	427	Flussio	397
Riola Sardo	2.016	Gonnosnò	676	Fordongianus	815
Samugheo	2.709	Gonnostramatza	796	Ghilarza	4.126
Santa Giusta	4.602	Laconi	1.646	Magomadas	604
San Vero Milis	2.412	Marrubiu	4.550	Modolo	175
Siamaggiore	865	Masullas	1.007	Montresta	443
Siamanna	753	Mogorella	403	Neoneli	607
Siapiccia	349	Mogoro	3.847	Norbello	1.129
Simaxis	2.107	Morgongiori	645	Nughedu Santa Vittoria	424
Solarussa	2.250	Nureci	309	Paulilatino	2.102
Tramatza	918	Pau	270	Sagama	188
Villanova Truschedu	297	Pompu	221	Santu Lussurgiu	2.198
Villaurbana	1.446	Ruinias	586	Scano di Montiferro	1.388
Zeddiani	1.124	San Nicolò d'Arcidano	2.456	Sedilo	1.932
Zerfaliu	984	Senis	386	Seneghe	1.623
		Simala	294	Sennariolo	153
		Sini	501	Soddi	121
		Siris	228	Sorradile	336
		Terralba	9.649	Suni	979
		Uras	2.670	Tadasuni	126
		Usellus	692	Tinnura	248
		Villa Sant'Antonio	328	Tresnuraghes	1.008
		Villa Verde	268	Ulà Tirso	448
<b>TOTALE</b>	<b>71.391</b>	<b>TOTALE</b>	<b>40.363</b>	<b>TOTALE</b>	<b>38.068</b>

Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2024 (dati aggiornati al mese di novembre 2024)

La distribuzione della popolazione nel territorio provinciale è la seguente:



Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2024

La comparazione dei dati demografici degli ultimi due anni (2023-2024) evidenzia una diminuzione della popolazione residente di 1.267 individui.



Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2015-2024

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Totale popolazione	149.822	1.569.832	58.989.749
Popolazione 0-14 anni	13.833	158.243	7.184.837
Popolazione 15-64 anni	91.853	990.754	37.446.984
Popolazione 65 anni e più	44.136	420.835	14.357.928
Indice di invecchiamento	29,42%	26,81%	24,34%
Indice di vecchiaia	318,32%	265,94%	199,84%

Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2024 (dati del mese di novembre 2024)

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.

### 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.

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	
Distretto di Oristano		9 punti di guardia medica (+2 nel periodo estivo)		
		40 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2024)		
		3 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2024)		
	Oristano		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	1 Studio di Radiologia
			1 Punto di soccorso avanzato 118	1 Studio di Cardiologia
			1 SER.D	1 Centro Diurno Integrato (Assistenza Psichiatrica semiresidenziale)
			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 Centrale Operativa Territoriale	
			1 Centro Dialisi	
		1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio		
	Samugheo		1 Poliambulatorio	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
			1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Cabras		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Simaxis		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Nurachi		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Palmas Arborea		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
Milis		1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale – Assistenza agli Anziani	
Tramatza		1 Ambulatorio Igiene Pubblica		
Siamanna		1 Ufficio del Servizio Veterinario		
Santa Giusta			1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica	

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE	
Distretto di Ales Terralba		10 Punti di Guardia Medica		
		20 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2024)		
		2 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2024)		
	Ales		1 Poliambulatorio	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
			1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
			1 Punto di soccorso avanzato 118	
			1 Centro di Salute Mentale	
			1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
			1 Consultorio	
			1 Servizio di Farmacia territoriale	
			1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza	
	Terralba		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	1 Centro FKT
			1 Poliambulatorio	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
			1 Centro di Salute Mentale	1 Laboratori analisi
			1 Centro FKT	
			1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
			1 Consultorio	
			1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
			1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
	Mogoro		1 Poliambulatorio	
			1 Consultorio	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Morgongiori			1 Struttura Residenziale – Assistenza Tossicodipendenti/Alcolodipendenti
	Villa Sant'Antonio		1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio		
		1 Ufficio del Servizio Veterinario		
Laconi		Casa della Salute		
		1 Ufficio del Servizio Veterinario		
Siris			1 Struttura Residenziale Alta Intensità - Assistenza Psichiatrica +NPIA	
			1 Struttura Residenziale Media Intensità – Assistenza NPIA	
Arborea		1 Ufficio del Servizio Veterinario		



	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE	
Distretto di Ghilarza-Bosa		8 Punti di Guardia Medica (+1 nel periodo estivo)		
		20 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2024)		
		5 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2024)		
	Ghilarza		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 1 Centrale Operativa Territoriale	
			1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
			1 Centro Dialisi ad attività limitata	
	Cuglieri		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
			1 Poliambulatorio	
			1 Centro FKT	
			1 Consultorio	
	Santu Lussurgiu		1 Poliambulatorio	
			1 Consultorio	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Busachi		1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
			1 Poliambulatorio	
			1 Consultorio	
	Abbasanta			1 Laboratori analisi
				1 Struttura Semiresidenziale - Assistenza Psichiatrica
	Fordongianus			1 Centro Termale
	Suni			1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
	Bonarcado		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Sedilo		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Paulilatino		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Bosa		1 Presidio Ospedaliero PO Mastino	
		1 Poliambulatorio		
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica		
		1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio		
		1 Ufficio del Servizio Veterinario		
		1 Consultorio		
		1 1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)		
		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'01.10.2024

Di seguito si illustrano i dati di attività per i tre livelli assistenziali rimandando per i commenti alla delibera del Direttore Generale n. 752 del 15/11/2024 di Adozione del Programma Sanitario e del Bilancio preventivo della Asl di Oristano per il triennio 2025-2027.

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

#### Copertura vaccinale inerente le vaccinazioni pediatriche obbligatorie anni 2022-2023-2024

ATTIVITA' VACCINALE						
Numerosità della coorte 2020,2021,2022*	673 (coorte 2022)		754 (coorte 2021)		746 (coorte 2020)	
Vaccinazioni pediatriche obbligatorie	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2024	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2023	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2022	% netta** rispetto alla coorte
Polio <sup>(a)</sup>	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Difterite <sup>(a)</sup>	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Tetano <sup>(a)</sup>	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Pertosse <sup>(a)</sup>	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Epatite B <sup>(a)</sup>	650	96,58%	722	95,76%	697	93,43%
Haemophilus influenzae tipo b <sup>(b)</sup>	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Morbillo <sup>®</sup>	643	95,68%	720	95,49%	693	93,03%
Parotite <sup>(c)</sup>	643	95,68%	720	95,49%	693	93,03%
Rosolia <sup>(c)</sup>	643	95,68%	720	95,49%	693	93,03%
Varicella <sup>(c)</sup>	643	95,68%	715	95,09%	688	92,05%

Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

\* Popolazione residente o domiciliata presso la provincia di Oristano

\*\* In considerazione della quota di utenti esonerati dalla vaccinazione. (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

#### Copertura vaccinale delle vaccinazioni fortemente raccomandate raggiunta negli anni 2022, 2023, 2024

Numerosità della coorte 2020,2021,2022*	673 (coorte 2022)		754 (coorte 2021)		746 (coorte 2020)	
Vaccinazioni pediatriche fortemente raccomandate	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2024	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2023	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2022	% netta** rispetto alla coorte
Pneumococco coniugato <sup>(b)</sup>	631	93,76%	707	93,77%	678	90,89%
Rotavirus	520	83,58%	598	81,91%	591	79,89%
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	610	90,64%	686	90,98%	655	87,80%
Meningococco B	559	83,06%	688	91,25%	578	77,78%

Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

\* Popolazione residente o domiciliata presso la provincia di Oristano \*\* In considerazione del numero di assistiti esonerati dalla vaccinazione.

(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

## Copertura vaccinale anti - HPV nelle femmine e nei maschi

### Vaccinazione anti-HPV Femmine

Coorte dell'anno	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
<b>Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV = solo Femmine)</b>	<b>476</b>	<b>531</b>	611	534	571	591	529	621	593	601	628	652	645	647	633	662
<b>Vaccino</b>	<b>2024</b>	<b>2023</b>	<b>2022</b>	<b>2021</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2017</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
HPV (prima dose)	305	<b>364</b>	390	338	487	476	410	457	480	481	510	552	540	571	545	594
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica, (al 31/12/2024))	242	<b>268</b>	275	215	316	385	362	416	437	432	480	534	508	529	514	557
<b>% rispetto alla coorte (bambine)</b>	<b>50,84</b>	<b>50,50%</b>	45%	40%	55%	65%	68%	67%	74%	72%	76%	82%	79%	82%	81%	84%

### Vaccinazione anti-HPV Maschi

Coorte dell'anno	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
<b>Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV = solo Maschi)</b>	<b>516</b>	<b>589</b>	604	632	644	567	635	631	578	602	632	630	660	685	679	506
<b>Vaccino</b>	<b>2024</b>	<b>2023</b>	<b>2022</b>	<b>2021</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2017</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
HPV (prima dose)	307	<b>353</b>	338	337	424	353	362	86	18	19	7	3	3	3	1	2
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica, al 31/12/2024)	248	<b>259</b>	223	227	289	271	298	56	14	13	6	3	3	3	0	1

### Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano

Vaccinazione antinfluenzale	2023	2022	2021	2020	2019
Coorte (anziani >=65 anni)	<b>73.738</b>	69.619	67.016	64.504	61.992
Numero Vaccinazioni antinfluenzali anziani >=65 anni	<b>15.151</b>	12.101	14.820	7.216	8.370
<b>% rispetto alla coorte</b>	<b>21%</b>	17%	22%	11%	14%

Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

### Gli Screening Oncologici

Periodo Screening	popolazione target	Inviti	% estensione (inviti sul target)	aderenti agli inviti	% adesioni (presenze sugli inviti)	% copertura (presenze sul target)	% copertura (obiettivo annuo)
Mammografico I semestre 2023	12.579	5.535	44,00%	2.781	50,2%	22,11%	30%
Mammografico I semestre 2024	12.616	8.581	68,02%	4.012	46,8%	31,80%	35%
Cervicale I semestre 2023	13.718	9.494	69,21%	3.681	38,8%	26,83%	35%
Cervicale I semestre 2024	13.544	7.703	56,87%	3.505	45,5%	25,88%	38%
Colon Retto I semestre 2023	24.759	10.023	40,48%	4.109	41,0%	16,60%	15%
Colon Retto I semestre 2024	24.904	12.910	51,84%	5.391	41,8%	21,65%	25%

Fonte: Centro Screening Aziendale – Dati al mese di gennaio 2025

Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro

	2019	2020	2021	2022	2023	Al mese di settembre 2024
Indagini per infortuni sul lavoro	3	7	12	7	16	12
Indagini per malattie professionali	3	4	0	0	2	2
Lavoratori controllati	99	41	29	64	69	17
<b>Interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria con piani mirati</b>						
Aziende interessate	1.497	605	755	890	48	46
Aziende con interventi di vigilanza	2.250	2.406	1.438	1.161	1.051	245
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive)	103	2.975	4.838	63	0	0

Fonte dati: NSIS Mod FLS18 Quadro F

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

<b>Ispezioni e Verifiche</b>	2019	2020	2021	2022	Attività programmata 2022	2023	Attività programmata 2023	2024	Attività programmata 2024
<b>Alimenti e Nutrizione</b>									
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	696	433	485	312	250	252	250	247	258
Acque di destinazione al consumo umano	14	6	11	0	0	2	2	5	2
Prodotti fitosanitari	27	29	38	29	26	30	26	36	26
<b>Sanità Animale</b>									
Piani risanamento malattie animali	7.139	9.050	8.936	10.816	10.816	12.178	12.178	11.471	10.000
Controllo malattie infettive animali	21	14	737	27	27	137	137	833	780
Anagrafe ed identificazione animale	1.612	224	230	294	294	261	261	271	184
Urgenze ed emergenze	70	85	90	90	90	200	150	220	180
<b>Allev. Prod. Zootecniche</b>									
Latte	173	197	nd	80	100	80	100	90	100
Farmaci	135	55	nd	74	100	70	120	98	90
Alimentazione animale	16	13	nd	5	10	10	10	30	18
Benessere animale	63	115	nd	113	100	120	130	nd	188
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	11	12	nd	0	0	0	0	0	0
Certificazioni con ispezione per export formaggi	679	470	nd	404	500	350	350	345	300
<b>Alimenti di Origine Animale</b>									
Stabilimenti e attività commerciali	406	2.384	2.235	2.480	2.507	2.590	2.735	2.746	2.831
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	835.093	862.027	893.405	986.851	893.405	1.004.558	986.851	983.777	1.004.558
Agriturismo	110	53	43	108	113	49	88	43	88

<b>Campionamenti e Controlli</b>	2019	2020	2021	2022	Attività program. 2022	2023	Attività program. 2023	2024	Attività program. 2024
<b>Alimenti e Nutrizione</b>									
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2002)	230	294	372	285	209	156	156	173	156
Acque destinate al consumo umano*	875	645	528	460	400	416	400	600	400
<b>Sanità Animale</b>									
Test Tubercolosi	60	15.907	17.153	15.981	15.981	9.719	9.719	10.482	8.500
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	50.313	42.868	39.494	53.268	53.268	31.108	31.108	24.131	20.000
Vaccinazioni per malattie animali	51.418	40.841	47.085	236.984	236.984	49.972	49.972	194.297	186.578
<b>Allev. Prod. Zootecniche</b>									
Latte e formaggi	120	51	50	53	50	54	54	50	40
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	126	32	32	28	28	20	20	30	30
Alimentazione animale	152	62	66	66	66	80	100	80	100
<b>Alimenti di Origine Animale</b>									
Controllo malattie al macello	1.768	1.301	1.768	3.778	755	1.215	1.301	2.186	1.301
Alimenti di origine animale	114	49	114	82	82	52	52	36	32
Ricerca residui alimenti di origine animale	90	49	90	31	31	61	61	37	37

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	2023	tempi di attesa anno 2023	ottobre 2024	Tempi di attesa anno 2024
Utenti beneficiari vitalizio Legge 210/92	5	5	5	5	0	6	0	7	0
Patenti Co.Me.Lo.	2.380	1.714	1.669	1.981	0	1.910	0	1.575	0
Certificazioni per rilascio/rinnovo patenti auto e nautiche*	5.984	10	1.044	1.233	30 giorni	147	30 giorni	10	0
Certificazioni necroscopiche (Servizio medicina legale)	680	66	195	187	0	70	0	20	0
Visite collegiali	12	4	2	4	30 giorni	4	0	6	0
Visite di idoneità rilascio/rinnovo porto d'armi/ detenzione armi*	1.067	18	112	212	30 giorni	57	30 giorni	10	0
Visite per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 etc.	7.625	2.173	3.978	5.724	16 mesi	3.751	12 mesi	7.667	9 mesi
Altre certificazioni (certif. Elettorali, adozioni, deambulaz. ridotta)	420		97	83	30 giorni	31	30 giorni	10	0
Accertamenti Medico Legali richiesti dal giudice di sorveglianza o dal tribunale	-	1	3	9	0	8	0	5	0

\* Attività trasferita al Servizio Igiene Pubblica dal 2023. il Servizio Medicina Legale si occupa dal 2023 del rilascio di patenti speciali

Fonte: Servizio Medicina Legale

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

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

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	I semestre 2024
	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate
<b>R3A e R3D</b> - (ex Profili dal 1 al 5)	4.187	4.112	3.930	4.723	4.067	1.433
<b>R3B</b> - (ex Profili dal 6 al 9)	1.675	1.827	1.666	1.311	1.850	737
<b>R2</b> - (Terminali e altri ad alta intensità ass.le)	8.960	9.695	11.058	10.895	13.382	6.842
<b>R1</b> - (Terminali e altri ad alta intensità ass.le. <b>Ventilati</b> )	2.648	1.906	2.218	3.004	2.418	835
<b>Storno per ricovero</b>	-153	-71	-60	-120	-60	-50
<b>TOT</b>	<b>17.317</b>	<b>17.469</b>	<b>18.812</b>	<b>19.813</b>	<b>21.657</b>	<b>9.797</b>

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

### Inserimenti presso l'HOSPICE di Oristano

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	I semestre 2024
	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate
<b>Terminali</b> - giornate di degenza -Cure Palliative	531	1.795	2.299	2.193	2.355	785

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

### Inserimenti presso l'HOSPICE di altre ASL anche Fuori Regione

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	I semestre 2024
	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate
<b>Terminali</b> - giornate di degenza -Cure Palliative	74	139	327	47	103	130
<b>Storno per ricovero</b>	0	0	0	0	-21	0
<b>Totale</b>	<b>74</b>	<b>139</b>	<b>327</b>	<b>47</b>	<b>82</b>	<b>130</b>

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

### Inserimento dei pazienti nelle COMUNITA' INTEGRATE (ex Case Protette)

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	I semestre 2024
	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate
<b>Assistenza socio sanitaria Comunità Integrate</b>	93.962	108.117	146.146	161.962	187.382	103.882

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

### CENTRI DIURNI INTEGRATI del privato accreditato

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	I semestre 2024
	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni	n. giornate
<b>Profilo assistenziale basso</b>	1.835	1.098	1.169	5.809	6.038	2.758
<b>Profilo assistenziale alto</b>	1.425	1.373	1.709	1.308	2.392	1.007
<b>Storno per ricovero</b>	0	-7	0	0	0	0
<b>TOT</b>	<b>3.260</b>	<b>2.464</b>	<b>2.878</b>	<b>7.117</b>	<b>8.430</b>	<b>3.765</b>

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

CURE DOMICILIARI INTEGRATE										
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	VARIAZIONI 2022-2019		Anno 2023	VARIAZIONI 2023-2022		I semestre 2024
					valore assoluto	valore %		valore assoluto	valore %	
Numero casi trattati	2.303	1.817	1.819	1.576	-727	-32%	1.549	-27	-2%	1.231
Numero di accessi dei MMG/PLS	24.581	17.046	16.793	14.719	-9.862	-40%	12.277	-2.442	-17%	4.687
Numero di ore di Assistenza infermieristica	42.224	39.710	41.580	40.154	-2.070	-5%	49.678	9.524	24%	31.792

### RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal privato accreditato

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	I semestre 2024
<b>Assistenza residenziale</b>	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate
Ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.054	3.218	2.941	4.569	3.572	1.822
Ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.247	1.809	1.822	1.385	2.548	1.324
Riab. residenziale a valenza socio riabilitativa	4.208	4.207	3.700	3.139	2.435	1.136
<b>TOT</b>	<b>8.509</b>	<b>9.234</b>	<b>8.463</b>	<b>9.093</b>	<b>8.555</b>	<b>4.282</b>
<b>Assistenza semi residenziale</b>	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate	n. giornate
Ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	76	0	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	281	39	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità a tempo ridotto	8	0	0	0	0	0
<b>TOT</b>	<b>365</b>	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Assistenza ambulatoriale</b>	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni
Ambulatoriale intensiva	732	185	1.466	834	844	2.435
Ambulatoriale estensiva	13.801	11.323	13.784	13.194	11.642	4.724
Ambulatoriale mantenimento	933	618	1.697	367	658	899
<b>TOT</b>	<b>15.466</b>	<b>12.126</b>	<b>16.947</b>	<b>14.395</b>	<b>13.144</b>	<b>8.058</b>
<b>Assistenza domiciliare</b>	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni
Domiciliare estensiva	16.774	13.881	16.994	18.901	20.708	11.054
Domiciliare di mantenimento	5.795	4.369	6.209	4.191	3.859	1.646
<b>TOT</b>	<b>22.569</b>	<b>18.250</b>	<b>23.203</b>	<b>23.092</b>	<b>24.567</b>	<b>12.700</b>

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

## RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal pubblico

Trattamenti adulti	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	I semestre 2024
Assistenza ambulatoriale	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni
Ambulatoriale estensiva	6.761	3.016	4.166	4.046	3.905	2.071
Ambulatoriale mantenimento	1.798	512	812	648	632	215
<b>TOT</b>	<b>8.559</b>	<b>3.528</b>	<b>4.978</b>	<b>4.694</b>	<b>4.537</b>	<b>2.286</b>
Assistenza domiciliare						
Domiciliare estensiva	2.326	1.062	1.269	1.709	1.360	758
Domiciliare di mantenimento	781	155	546	895	909	389
<b>TOT</b>	<b>3.107</b>	<b>1.217</b>	<b>1.815</b>	<b>2.604</b>	<b>2.269</b>	<b>1.147</b>

Trattamenti bambini	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	I semestre 2024
	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni	prestazioni
Assistenza ambulatoriale estensiva	2.378	1.033	1.172	1.429	1.587	934
Assistenza domiciliare estensiva	412	258	243	298	259	130
<b>TOT</b>	<b>2.790</b>	<b>1.291</b>	<b>1.415</b>	<b>1.727</b>	<b>1.846</b>	<b>1.064</b>

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

### Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Pubbliche e Private Accreditate della ASL di Oristano Anni 2019, 2022, 2023, primi otto mesi 2024 e proiezione all'anno

Fonte: file C- ABACO

Branca	Anno 2019	Anno 2022	Anno 2023	Gen - Lug 2024	Proiezione anno 2024 rispetto al periodo Gen- Lug	Variazione % 2024-2019
ANESTESIA	3.331	1.577	1.319	980	1.680	-50%
CARDIOLOGIA	45.353	34.146	40.670	28.748	49.282	9%
CHIRURGIA GENERALE	8.003	3.914	3.764	1.760	3.017	-62%
CHIRURGIA PLASTICA	2.338	2.077	1.946	1.061	1.819	-22%
CHIRURGIA VASCOLARE – ANGIOL.	2.965	1.220	1.736	1.618	2.774	-6%
DERMOSIFILOPATIA	2.619	1.450	2.247	1.179	2.021	-23%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	76.394	69.411	68.391	41.184	70.601	-8%
ENDOCRINOLOGIA	17.481	2.537	2.654	1.675	2.871	-84%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOP. DIGEST.	6.725	6.227	6.643	4.259	7.301	9%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	1.028.708	991.075	1.021.663	695.103	1.191.605	16%
MED. FISICA E RIABILITAZIONE	282.658	204.645	200.577	99.013	169.737	-40%
NEFROLOGIA	28.853	22.407	25.926	13.186	22.605	-22%
NEUROCHIRURGIA	3	14	72	75	129	4186%
NEUROLOGIA	5.805	6.569	8.559	5.190	8.897	53%
OCULISTICA	25.251	13.182	15.446	8.355	14.323	-43%
ODONTOSTOMATOLOGIA -	6.757	1.205	2.536	2.057	3.526	-48%
ONCOLOGIA	1.412	854	910	627	1.075	-24%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8.525	6.422	7.800	4.297	7.366	-14%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.423	5.618	5.929	3.687	6.321	-15%
OTORINOLARINGOIATRIA	5.724	2.389	2.777	2.173	3.725	-35%
PNEUMOLOGIA	10.109	4.855	3.092	592	1.015	-90%
PSICHIATRIA	5.395	1.262	979	391	670	-88%
RADIOTERAPIA	-	-	4	-	-	
UROLOGIA	6.639	2.103	2.575	1.365	2.340	-65%
ALTRO	147.483	101.681	112.523	70.005	120.009	-19%
<b>TOTALE</b>	<b>1.735.954</b>	<b>1.486.840</b>	<b>1.540.738</b>	<b>988.580</b>	<b>1.694.709</b>	<b>-2%</b>



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

### Ricoveri - Produzione ASL 5 anni 2019-2023 e I semestre 2024

Fonte: file A

Presidio	2019			2021	2022	2023			I semestre 2024		
	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	Totale dimessi	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari
San Martino Oristano	10.507	2.286	8.221	8.264	8.552	8.445	1.655	6.790	3.447	340	3.107
Mastino Bosa	1.465	344	1.121	382	567	873	333	540	465	184	281
Delogu Ghilarza	1.380	405	975	189	123	103	103	0	69	69	0
<b>Presidi Pubblici ASL Oristano</b>	<b>13.352</b>	<b>3.035</b>	<b>10.317</b>	<b>8.835</b>	<b>9.242</b>	<b>9.421</b>	<b>2.091</b>	<b>7.330</b>	<b>3.981</b>	<b>593</b>	<b>3.388</b>
Casa di Cura Oristano	3.819	2.281	1.538	3.311	2.850	2.941	1.097	1.844	1.819	776	1.043
<b>TOTALE ASL Oristano</b>	<b>17.171</b>	<b>5.316</b>	<b>11.855</b>	<b>12.146</b>	<b>12.092</b>	<b>12.362</b>	<b>3.188</b>	<b>9.174</b>	<b>5.800</b>	<b>1.369</b>	<b>4.431</b>

### ACCESSI PRONTO SOCCORSO 2019-2023 e 1 semestre 2024

	DEA - PO San Martino	di cui OBI DEA - PO San Martino	PO Delogu	PO Mastino	PS pediatrico PO S. Martino	PS ginecologico PO S. Martino	Totale
<b>Anno 2019</b>	26.909		2.992	5.221	3.789	1.297	<b>40.208</b>
<b>Anno 2020</b>	18.093		-	3.264	1.730	982	<b>24.069</b>
<b>Anno 2021</b>	19.778		1.846	3.316	1.800	994	<b>27.734</b>
<b>Anno 2022</b>	23.027	-	3.127	4.182	3.037	1.110	<b>34.483</b>
<b>Anno 2023</b>	25.700	-	4.054	4.964	3.774	1.314	<b>39.806</b>
<b>I semestre 2024</b>	12.499	301	2.226	2.455	2.424	646	<b>20.250</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 rispetto e in coerenza con i documenti di programmazione. Questa azienda ha adottato i suoi documenti di programmazione sanitaria ed economica con la delibera n. 752 del 15.11.2024.

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.

### **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 2025-2027, a cui si rimanda la lettura, e tenuto conto degli obiettivi di mandato assegnati a questa Direzione dall'Assessorato Regionale alla Sanità.

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.

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

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

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

La vaccinazione 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.

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, al fine di valorizzare, 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.

Per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie, nel 2023 e nel 2024 si è ottenuta una crescita della copertura vaccinale. Un incremento di adesione all'offerta vaccinale è stato riscontrato anche per la maggior parte delle vaccinazioni fortemente raccomandate. I risultati ottenuti per la copertura della vaccinazione anti-HPV, pur non raggiungendo il valore atteso del 75% mostrano un incremento rispetto agli anni precedenti.

### **2) 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 posta 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.

I programmi organizzati di Screening Oncologico offrono un percorso sanitario finalizzato all'individuazione precoce dei tumori, quando questi sono più facilmente curabili.

L'estensione agli screening per l'anno 2024 ha il seguente andamento:

<b>SCREENING</b>	<b>Pop. target annua</b>	<b>Inviti n°</b>	<b>Estensione%</b>
<b>Mammografico anno 2024</b>	12.605	12.684	101%
<b>Cervicale anno 2024</b>	13.549	13.828	102%
<b>Colon Retto anno 2024</b>	24.904	25.329	102%

Fonte: Centro Screening Aziendale – Dati al mese di gennaio 2025

Il Centro Screening nel biennio 2025-2026 si propone di raggiungere i seguenti risultati:

<b>SCREENING</b>	<b>Estensione %</b>	<b>Adesione %</b>	<b>Copertura%</b>
<b>Mammografico</b>	100%	60	<b>60</b>
<b>Cervicale</b>	100%	50	<b>50</b>
<b>Colon Retto</b>	100%	40-50	<b>40-50</b>

**3) Salvaguardare l'ambiente e sensibilizzare i concetti di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici della provincia, quale contributo per incentivare uno sviluppo sociale ed economico nel rispetto della sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro.**

Nell'ambito del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici, con D.L. n. 59/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 101/2021, è stato approvato il Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC), finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi del PNRR. In particolare, l'art. 1, c. 2, di tale D.L. riporta, tra gli investimenti finanziati con le risorse del PNC, gli investimenti "Salute, ambiente, biodiversità e clima" (art. 1, c. 2, lett. e) collegati all'azione di riforma oggetto della Missione 6– Salute del PNRR "Istituzione del Sistema nazionale salute, ambiente e clima". Fra i suddetti investimenti "Salute, ambiente, biodiversità e clima", come stabilito con Decreto del MEF del 15.07.2021, figurano l'investimento 1.1 finalizzato al rafforzamento infrastrutturale e delle risorse strumentali, e l'investimento 1.3 relativo al programma nazionale di formazione continua in salute-ambiente-clima rivolto al personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

Inoltre, al fine di consentire la reale e compiuta attuazione delle complesse funzioni che i Dipartimenti di Prevenzione devono svolgere nell'ambito del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) e del relativo Sistema regionale, associate a rischi ambientali e climatici, e delle zoonosi (SRPS), la Direzione Generale dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, ha richiesto ai Direttori delle Aziende Sanitarie Locali di garantire che la dotazione di personale già dedicato alle attività relative alla tematica salute e ambiente comprenda, tra le altre, le figure professionali idonee per l'espletamento di tali innovativi e complessi compiti.

Saranno garantiti i volumi richiesti dai Piani di risanamento delle malattie animali e le verifiche in regime di emergenza urgenza, nonché i controlli sugli alimenti, le acque destinate al consumo umano e i prodotti sanitari. 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.

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 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 garanzia 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 all'esecuzione di attività ispettive e di controllo ma piuttosto allo sviluppo di percorsi di informazione, formazione, e sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici del territorio.

#### **4) 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 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 potenziando e istituendo:

***Le Case della Comunità***

***Le Centrali Operative Territoriali - COT***

***L'Infermiere di Famiglia e Comunità***

***L'Assistenza domiciliare***

***L'Ospedale di comunità***

Nella Provincia di Oristano sono state attivate **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).

**Le Case della Comunità** di *Santulussurgiu* e *Samugheo* saranno ubicate nelle sedi dei Poliambulatori e la Casa della Comunità di *Tramatza* sarà ubicata presso la scuola elementare del Comune. La Casa della Comunità di *Ghilarza* (HUB) sarà allocata al piano terra del P.O. Delogu,. Per quanto riguarda Oristano, il piano di riorganizzazione consiste nella trasformazione del Poliambulatorio *di Oristano* in Casa della Comunità (HUB) e in Centrale Operativa Territoriale. I lavori 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.

Per il territorio provinciale di Oristano è stata prevista l'attivazione di **due Ospedali di Comunità** uno a Bosa e uno a Ghilarza. L'ospedale di Comunità di Ghilarza è già attivo dal 18 febbraio 2023. Per l'Ospedale di Comunità di Bosa i lavori iniziati nel 2023 proseguono con la previsione di ultimazione dei lavori e consegna delle attrezzature prevista per il mese di marzo 2026. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2026.

La presenza continuativa e proattiva nell'area di riferimento, **dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità** garantisce una risposta capillare ed immediata ai bisogni sanitari di prossimità dei cittadini in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità. Nell'anno 2023 la figura dell'IfEc è stata attivata presso l'ambito di riferimento di Busachi e Laconi e nell'anno 2024 nel territorio di riferimento di Bosa, Villa Sant'Antonio e a Oristano.

Nell'Alta Marmilla sarà attivata inoltre una convenzione con l'Unione dei Comuni che avvierà un apposito Progetto PNRR per l'implementazione della figura de quo. Lo sviluppo del progetto è stato condizionato dalla carenza di risorse infermieristiche che ha reso impossibile dedicare professionisti esclusivamente a tali attività. Nel piano del fabbisogno del personale è previsto il reclutamento di Infermieri per IFEC, distribuiti nel triennio 2025-2027, in considerazione della difficoltà a reperire tali profili.

Il modello di medicina di prossimità proposto dalla riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, che consente a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie in maniera diffusa e capillare, permette 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 che 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.

Per quanto attiene le **Cure Domiciliari**, nei tre Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa sono operative le attività di cura domiciliare integrata di secondo livello, gestite e coordinate a livello aziendale dalla Struttura Semplice Distrettuale ADI. Si erogano altresì le cure Palliative e le Cure Domiciliari Integrate di 3° livello in stretto collegamento e coordinamento con la SC Rete Locale di Cure Palliative di nuova istituzione.

Altrettanto importante e funzionale 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 una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di degenza, finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso.

A tal proposito, al fine di migliorare la presa in carico del paziente con scompenso cardiaco, questa Azienda, nel rispetto del PDTA redatto nel 2024, ha deciso di definire la nuova **rete assistenziale per lo Scompenso** proponendo i seguenti obiettivi:

- attivazione degli ambulatori territoriali dello scompenso in ogni Distretto Socio Sanitario con l'attivazione anche di un ambulatorio infermieristico in stretto raccordo con l'ambulatorio ospedaliero già attivo;
- coinvolgimento degli Infermieri di comunità con un ruolo proattivo per il counseling (stile di vita, aderenza alla terapia), la valutazione anamnestica e dei parametri del paziente, l'educazione all'autocontrollo di pressione arteriosa (PA), frequenza cardiaca (FC) e peso corporeo ogni 6-12 mesi o in base al quadro clinico, e la segnalazione al MMG dei pazienti che presentano una modifica del quadro clinico e con parametri fuori target.

Altro ambito su cui si lavorerà nel 2025 è la presa in carico del **paziente diabetico**; questa Azienda intende riorganizzare le attività in questo senso mediante la costituzione di una Rete Aziendale, che lavorerà con un approccio integrato fin dalle fasi iniziali della presa in carico, e terrà conto di quanto dettato dai PDTA che l'Azienda ha redatto.

Le azioni possibili per la realizzazione di tale progetto sono le seguenti:

1. Attivazione del telemonitoraggio della glicemia per persone con diabete ospitate presso Residenze afferenti alla nostra Azienda Sanitaria per le quali comunque è stata fatta possibilmente una prima visita diabetologica in presenza. Questo setting tecnologico non consente però l'attivazione di *alert* (cioè avvisi di valori glicemici soglia con allerta diretto all'operatore sanitario come descritto in altri contesti di telemonitoraggio personalizzato), del resto non utili in questo contesto clinico.
2. Attivazione del telemonitoraggio della glicemia per persone con diabete a domicilio con assistenza ADI o comunque con disabilità qualora il paziente o i familiari ne facciano richiesta.
3. Collaborare con le UO coinvolte nel territorio (Distretto, ADI, SPS, Case di Riposo, RSA) per ottenere segnalazioni di questa esigenza per le persone con diabete.

La fattibilità del progetto è però legata alla possibilità di organizzare all'interno della Diabetologia uno spazio temporale dedicato a questa attività con un medico diabetologo impegnato per il tempo necessario in proporzione al numero dei pazienti che effettueranno il telemonitoraggio.

Sarà poi avviato un progetto sperimentale di presa in carico da parte degli **Infermieri di comunità** di quei pazienti con diabete che si trovano in particolari condizioni di fragilità. Il Servizio di Diabetologia individuerà un certo numero di pazienti selezionati, che hanno necessità di un supporto e un monitoraggio specifico, comunicherà all'infermiere di comunità gli interventi da effettuare per affiancare il paziente nell'ambulatorio più prossimo alla sua residenza, creando così un collegamento costante tra centro e altri nodi della rete per l'assistenza dei pazienti.

## **5) Riquilibrare 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.

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.

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

Sul fronte dell'assistenza ospedaliera sono state poste le basi per lo sviluppo del modello organizzativo delineato nell'Atto Aziendale. Sono state attivate alcune strutture quali quelle di: Senologia, Week Surgery dei PPOO di Bosa e Ghilarza, Emodinamica, Neurologia, Riabilitazione day hospital e ambulatoriale specialistico, Oculistica, Otorinolaringoiatria, riapertura dell'OBI. Sono stati avviati inoltre i concorsi per il conferimento degli incarichi di direttore di struttura che nella gran parte dei casi erano provvisori. Funzionalmente all'apertura dei nuovi servizi si dovrà procedere al reclutamento di nuovo personale attraverso il Piano delle assunzioni allegato al presente documento, e porre in essere politiche volte a valorizzare le professionalità e il know how del personale già presente in Azienda.

Sul fronte del miglioramento della qualità dei servizi offerti, oltre a proseguire con le attività già avviate di segnalazione degli eventi avversi e dei near miss e l'analisi degli eventi mediante gli audit di rischio clinico (SA), tra le attività da mettere in campo per l'anno 2025 ci si propone di realizzare iniziative di formazione dei team clinico-assistenziali basate sulla simulazione avanzata per diffondere una cultura e una capacità del lavoro in team e la leadership anche al fine di aumentare la sicurezza delle cure. Si procederà inoltre con la redazione e l'implementazione di procedure su 2 raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella e l'aumento della sicurezza delle cure.

Sempre nel 2025 si prevede di sviluppare i PDTA aziendali attraverso lo strumento e l'attività di audit and feedback (A&F) per diminuire il divario tra pratica assistenziale e linee guida e tendere a garantire un accesso e un'offerta assistenziale di qualità alla persona con un determinato problema di salute.

Nel biennio 2026-2027 si potrà quindi affinare la metodica dell'audit and feedback (A&F), per migliorare i processi assistenziali, potranno essere realizzati audit di rischio clinico (SEA) condotti interamente dai facilitatori della rete aziendale e potrebbe essere estesa la simulazione come prassi congeniale per la formazione dei team assistenziali.

#### **7) *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.

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).

Al fine di sviluppare il primo ambito di intervento nel corso del 2024 sono stati completati i PDTA aziendali per la presa in carico della paziente affetta da tumore della mammella, quello per la presa in carico del paziente con tumore del colon e con tumore del retto e il PDTA per la presa in carico del paziente affetto da Scompenso Cardiaco. E' inoltre definito il PDTA del paziente affetto da lesioni da Piede Diabetico e quello per la Transizione dei giovani diabetici verso l'età adulta. La scelta dei PDTA è stata fatta in linea con i bisogni di salute presenti nel nostro territorio.

Anche nel 2025 si proseguirà nella redazione di altri PDTA, soprattutto per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche come il diabete, le malattie croniche renali e respiratorie. I PDTA aziendali trovano applicazione nel rispetto dei nuovi modelli organizzativi e la presenza delle COT, degli infermieri di comunità, delle case della comunità e degli ospedali di comunità. Sarà inoltre necessario informare e diffondere i contenuti dei PDTA aziendali mediante la realizzazione di momenti formativi rivolti a tutti gli attori coinvolti nel percorso.

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. 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.

## **8) 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 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.

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.

## **9) 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.

## **10) 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.

Nel biennio 2025-2026 ci si impegnerà sul fronte della formazione dei dirigenti e dei dipendenti e alla definizione di indicatori utili a misurare il potenziale contributo del lavoro agile nel raggiungimento degli obiettivi organizzativi e quindi sulla performance organizzativa.

**11) 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.

La dispersione di risorse pubbliche è spesso legata a comportamenti inappropriati per cui è diventato 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 rendendo più efficiente la spesa pubblica, in modo che sia salvaguardata la possibilità di erogare lo stesso livello di servizi e che non venga compromessa la salute dei cittadini.

**12) Ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico**

Il PNES – Programma Nazionale Equità nella Salute, previsto nell'Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, si pone l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso in sette Regioni: Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia. Il Programma individua quattro aree per le quali è più urgente intervenire ed è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi sanitari e sociosanitari:

1. Prendersi cura della salute mentale;
2. Maggiore copertura degli screening oncologici;
3. Il genere al centro della cura;
4. Contrastare la povertà sanitaria.

La Asl 5 di Oristano si propone di realizzare a tal proposito 7 progetti:

1. Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica;

2. Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (FSE+);
3. Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni;
4. Mediazione di sistema;
5. Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di outreach;
6. Acquisizione e dotazione di protesi odontoiatriche;
7. Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria per la popolazione target.

### **13) Migliorare l'efficacia degli strumenti di comunicazione e l'accessibilità fisica e digitale alle strutture anche con riferimento agli interventi del PNRR**

Gli interventi di miglioramento dell'**accessibilità fisica** realizzati nel corso dell'anno 2024 sono stati i seguenti:

- CSM Ales: realizzazione di una nuova rampa d'accesso alla via pubblica dove l'unico accesso alla struttura presentava scale con diversi gradini;
- Ambulatorio comunale di Ardauli (sede di ASCOT e Guardia Medica), erano presenti due accessi, di cui uno con scalini e l'altro con un gradino di accesso con dislivello rispetto al piano stradale che, al fine di rendere accessibile la struttura, è stato eliminato.
- Ambulatorio comunale di Genoni (sede di Medici di Medicina Generale) realizzazione di una nuova rampa d'accesso alla via pubblica dove l'unico accesso alla struttura presentava scale con diversi gradini.

I suddetti interventi si inseriscono nel più ampio contesto di valorizzazione dell'assistenza territoriale che questa Azienda Sanitaria porta avanti su più fronti, senza dimenticare gli interventi sui piccoli ambulatori ASCOT creati dalla ASL Oristano per dare, almeno in via temporanea, una prima soluzione alle note carenze della Medicina di Base.

I nuovi Interventi in programmazione per il triennio 2025-2027 sanno i seguenti:

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

- Miglioramento rampe di accesso alla Sede Legale di Via Carducci, che sono situate in area di proprietà comunale. Si prevede l'installazione dei parapetti corrimano, cordoli laterali e sostituzione della pavimentazione.
- Collegamento pedonale rialzato, accessibile anche alle persone con disabilità, tra la Sede Legale e la Sede del Distretto di Oristano nella via Foscolo, mantenendo gli accessi carrabili ai due edifici che non possono essere eliminati;

I suddetti interventi sono in fase di progettazione e verranno realizzati nel primo semestre 2025.

Si precisa che gli interventi programmati per il 2024 sono stati tutti realizzati ad eccezione di quello previsto per la struttura di Piazza San Palmerio – Ghilarza (installazione di un ascensore per facilitare l'accesso ai piani dell'edificio che ospita il Servizio Veterinario) in quanto sono sopravvenute difficoltà tecniche impreviste per risolvere le quali saranno necessari tempi più lunghi di realizzazione.

Relativamente al miglioramento dell'accessibilità fisica alle strutture sanitarie nel contesto degli interventi edilizi PNRR di seguito è indicato quanto realizzato nel 2024 e quanto si intende realizzare entro il 2026.

Si riporta l'aggiornamento degli adeguamenti previsti 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 attivata presso il Poliambulatorio di Oristano è stata realizzata una rampa per l'accesso ai servizi igienici del piano rialzato. Anche nella COT realizzata presso il Presidio Ospedaliero di Ghilarza sono stati realizzati nuovi bagni a norma disabili per gli operatori, in funzione dell'abbattimento delle barriere architettoniche.

Per gli altri interventi edilizi PNRR (Case di Comunità e Ospedali di Comunità) per gli aspetti che qui interessano (accessibilità fisica), si confermano entro il 2026 (milestone finale PNRR) i seguenti lavori per migliorare l'accessibilità agli edifici:

- 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);
- Ospedale di Bosa: adeguamento di alcuni servizi igienici per disabili nei due corpi interessati dall'intervento PNRR;
- 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, edificio in parte inagibile e che necessita di un importante intervento di manutenzione straordinaria finalizzato alla risoluzione di criticità strutturali, nell'immediato dovrà essere chiuso e si dovrà provvedere al trasferimento dei servizi sanitari in altra struttura idonea da acquisire in locazione, il cui procedimento è in fase di prossima conclusione.

Tra gli interventi, finalizzati al risparmio energetico era stata prevista per gli anni 2025/2026 la realizzazione di un Campo Fotovoltaico all'interno del perimetro ospedaliero, con l'obiettivo di ridurre la spesa complessiva relativa all'energia elettrica. Tale intervento, essendo di competenza esclusiva del Servizio Energy Management e Gestione Servizi Logistici Centralizzati di ARES Sardegna e non essendo tale progetto all'interno della Programmazione ARES per il prossimo triennio, non è purtroppo realizzabile a breve.

Tuttavia, pur essendo l'efficientamento energetico materia di competenza esclusiva di ARES Sardegna, il Servizio Tecnico aziendale intende realizzare alcuni interventi presso strutture territoriali di sostituzione dei sistemi di produzione di acqua calda sanitaria con sistemi a pompa di calore ad alta efficienza. Questo al fine di avere sistemi più performanti e in grado di ridurre il consumo di combustibili fossili (gasolio) a vantaggio di sistemi alimentati da energia elettrica.

Nel 2024, nell'ambito del MIES sono stati attivati in esercizio nel corso del primo semestre 2024, due importanti interventi di efficientamento energetico 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.

I suddetti 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.

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 ha proceduto, con la supervisione e il supporto tecnico da parte della società SardegnalT, al completamento del nuovo sito internet aziendale "www.asl5oristano.it", nel rispetto dei criteri di accessibilità digitale, come previsto dalle linee guida Agid (Agenzia per l'Italia 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 sono state pubblicate le Carte informative dei servizi, contenenti le informazioni essenziali sul servizio/reparto relative ad attività svolte, prestazioni erogate, modalità d'accesso, recapiti e staff; queste possono essere rese 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 digitali", pubblicata nella home page del sito Tali strumenti sono raccolti nella sezione "Servizi online" del sito [www.asl5oristano.it](http://www.asl5oristano.it), al seguente link:

<https://www.asl5oristano.it/servizi/servizi-digitali/>

Nella sezione sono presenti i link ai servizi:

- [Fascicolo Sanitario Elettronico e referti online](#): per la consultazione della documentazione prodotta dal sistema sanitario nazionale (referti, certificati, cartella clinica ospedaliera ecc).
- [Cup Web](#) : per prenotazione on line delle visite specialistiche (riservata ai cittadini maggiorenni assistiti dal Servizio Sanitario Regionale).
- [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.
- [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.
- [TS-CNS](#): per accedere a diversi servizi on line della Pubblica Amministrazione tramite Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi o Spid.
- [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 ed accedere così su appuntamento. Tale sistema ha consentito di 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.

Attualmente sono in fase di riprogettazione e implementazione i servizi digitali tramite la misura del PNRR M1C1 1.4.3 Adozione pagoPA e app IO, dove si sta estendendo l'utilizzo di pagoPA a ulteriori dodici procedure (Accesso Atti, Tassa concorso, Copia cartella clinica, etc) e l'implementazione dell'app IO dove il cittadino potrà accedere alle informazioni sui seguenti quattro servizi pubblici, Archivio Sanitario, Bandi di concorso, Percorsi di diagnosi e cura e Prestazioni Sanitarie.

Altri sistemi digitalizzati riguardano:

- 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)

Per rendere il servizio sempre più accessibile ogni anno, a cura dell'RTD, vengono definiti gli obiettivi di accessibilità e vengono effettuate le opportune verifiche per la stesura della dichiarazione di accessibilità per far sì che gli strumenti web messi a disposizione siano sempre più accessibili permettendo di accedere ai contenuti indipendentemente dalle disabilità psicofisiche, dalle dotazioni tecniche di cui dispone un utente e dal contesto in cui opera.

Di seguito si riportano gli obiettivi di accessibilità:

OBIETTIVI DI ACCESSIBILITÀ 2025		
OBIETTIVO	TEMATICA	INTERVENTO
Adeguare il Sito web e/o app mobili istituzionale agli standard di accessibilità	Siti web e/o app mobili	Correzione delle sezioni in cui si riscontrano errori e/o incongruenze e compilazione della dichiarazione di accessibilità
Migliorare l'organizzazione del lavoro mediante digitalizzazione della modulistica	Siti web	Rendere la modulistica e i formulari presenti sul sito adeguati rispetto agli standard europei
Migliorare l'organizzazione del lavoro mediante digitalizzazione della modulistica	Sito web	Incremento del numero di moduli e formulari presenti sul sito rispetto all'anno precedente (numero 5 nuovi moduli inseriti nel sito nell'anno 2025)

## **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.

## **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 prossimo 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*, è stato sviluppato dal Dipartimento per la Sanità Digitale e l'Innovazione Tecnologica di ARES, in coerenza con il Piano triennale AgID 2022 – 2024; esso 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.

*Assessment del Sistema Informativo Sanitario Regionale attuale e architettura AS-IS (letteralmente 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		
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)

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 e fondi di bilancio).

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 n. 332 del 29.12.2023, 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:

<b>Sigla</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Attuazione</b>
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

Attualmente sono in atto tutte le attività riguardante le seguenti misure del PNRR:

- Misura M1C1 1.1 - Infrastrutture digitali – “Migrazione al Polo Strategico Nazionale”, Misura M1C1 1.2 - ABILITAZIONE AL CLOUD:

Il progetto Multimisura 1.1 e 1.2 sono incentrati sull'infrastruttura digitale e l'abilitazione al cloud, rappresentano un passo fondamentale verso la digitalizzazione della PA. Queste misure mirano a modernizzare i servizi pubblici, ottimizzare i processi interni e migliorare l'interazione con cittadini e imprese. Alla data odierna, come da indicazione e supervisione della direzione Lavori di ARES, sono state effettuate sulla piattaforma PA Digitale 2026 tutte le attività amministrative necessarie al raggiungimento dell'asseverazione dei 24 servizi previsti dal progetto. Attualmente risulta l'avvenuta ASSEVERAZIONE del servizio RISCHIO CLINICO che permette l'accesso al finanziamento;

- Misura M1C2 3.1.4 – Piano Sanità connessa:

Con il suddetto sub-investimento si intende garantire la connettività con velocità simmetriche di almeno 1 Gbps e fino a 10 Gbps a oltre 12.000 strutture sanitarie appartenenti al SSN, più nello specifico per la ASL n.5 di Oristano sono interessate 76 sedi attualmente in lavorazione.

Sul versante della comunicazione, la ASL 5 di Oristano ha ampliato la propria trasparenza e capacità informativa, non solo attraverso una radicale revisione e innovazione dei propri canali istituzionali, ma anche affiancando loro nuovi strumenti di informazione.

In primo luogo, è stato completato il lavoro di implementazione del nuovo sito internet istituzionale [www.asl5oristano.it](http://www.asl5oristano.it), che permette ai cittadini di reperire in maniera più intuitiva tutte le informazioni relative ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali. Fruibile anche da smartphone, il sito è completamente rinnovato nei contenuti e nella grafica ed è stato progettato per favorire l'accessibilità e la facilità di navigazione da parte dei cittadini, in linea con le direttive Agid (Agenzia per l'Italia digitale). Tutte le informazioni vengono aggiornate in tempo reale dall'ufficio stampa secondo le indicazioni ricevute dalle diverse Strutture.

Sono stati attivati i due servizi di messaggistica istantanea Telegram e WhatsApp, a cui tutti i cittadini possono iscriversi gratuitamente e che sono facilmente consultabili attraverso smartphone, tablet o computer. Sui canali Telegram e WhatsApp vengono pubblicati avvisi di pubblica utilità e link a comunicati stampa e videoservizi. L'attivazione dei nuovi canali di messaggistica istantanea ha permesso una maggiore diffusione delle notizie diffuse dalla Asl grazie alla funzione della notifica: si tratta di una informazione proattiva, in cui non è il cittadino a dover ricercare l'informazione, come accade per il sito internet, ma è l'Azienda ad avvertirlo ogni volta che viene pubblicato un nuovo contenuto.

E' stato inoltre riattivato il canale YouTube, in cui vengono pubblicati i videoservizi realizzati dall'Ufficio stampa, che presentano attività, iniziative ed eventi realizzati o patrocinati dalla ASL 5 di Oristano.

E' stata poi pubblicata la nuova Carta dei Servizi della Asl 5, consultabile nella sezione Amministrazione Trasparente, al link:

<https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita/>

Il documento non solo contiene una puntuale mappatura finalizzata ad aiutare i cittadini a orientarsi meglio tra i servizi offerti dalla ASL 5, ma espone anche gli impegni che questa assume nei confronti dei cittadini.

La Carta dei Servizi è stata redatta in formato digitale, così da essere immediatamente disponibile a tutti i cittadini attraverso il proprio dispositivo fisso o mobile (pc, tablet o smartphone) e da poter aggiornare in tempo reale tutte le informazioni, dai recapiti all'attivazione di nuovi servizi, che nel corso dell'anno possono

mutare. Inoltre è stata prevista, rispetto alle precedenti edizioni, una più forte integrazione con il sito istituzionale, in quanto le sezioni che illustrano i servizi presenti rimandano direttamente, attraverso i link, alle pagine del sito istituzionale dedicate a quegli stessi servizi. Ciò al fine di evitare sia una ridondanza delle informazioni, sia eventuali difformità nell'aggiornamento delle informazioni.

Per il 2025-2027 si intende migliorare gli strumenti di comunicazione e di accessibilità ai servizi attraverso le seguenti azioni:

- Aggiornamento costante del sito aziendale e dei canali social Telegram, Whatsapp e YouTube, strumenti digitali che, come già detto, risultano strategici per garantire la trasparenza e l'accessibilità dell'azienda. Nel corso del prossimo triennio si intende arricchire i contenuti di sito e social di nuovi contenuti, per renderli strumenti più completi e performanti.
- Completamento della raccolta, omogeneizzazione e pubblicazione sul sito della modulistica aziendale. Attualmente la modulistica destinata agli utenti e pubblicata è incompleta e disomogenea (es. uffici analoghi di diversi distretti socio-sanitari presentano una modulistica differente sia nei contenuti che nella forma). L'obiettivo è quello di adottare una modulistica standardizzata e uniforme per tutta l'Azienda, con un unico format declinato e adattato alle esigenze dei diversi servizi. A seguito dell'elaborazione e raccolta della nuova modulistica, questa sarà pubblicata sul sito aziendale, nell'apposita sezione Modulistica ed in parallelo nelle rispettive sezioni dei servizi/reparti/uffici a cui i moduli fanno riferimento, per favorirne la visibilità e l'accesso.  
Per procedere in maniera puntuale ed attenta all'aggiornamento, ci si propone di incrementare nel 2025 di 5 il numero di moduli e formulari presenti nel sito istituzionale rispetto all'anno precedente.
- Implementazione dell'adesione dei pazienti al sistema di valutazione dei servizi sanitari tramite questionario QR Code. Nel luglio 2020 i Dipartimenti ICT e di Staff di Ats (Azienda per la Tutela della Salute) Sardegna hanno introdotto un nuovo sistema di valutazione della qualità dei servizi erogati che permette ai pazienti di esprimere il proprio livello di soddisfazione relativa a una prestazione sanitaria. Il sistema funziona tramite il rilascio di un QR code (codice a barre bidimensionale) e di un codice alfanumerico stampati nel verbale di dimissione rilasciato dal Pronto Soccorso, nella lettera di dimissione stampata al termine di un ricovero ospedaliero, nel referto della prestazione ambulatoriale. Inquadrando il QR code con il proprio smartphone o inserendo il codice alfanumerico nel sito [www.atssardegna.it](http://www.atssardegna.it) nella sezione "Valutazione gradimento del servizio", il paziente può esprimere il proprio gradimento su diverse aree assistenziali. Attualmente l'adesione dei cittadini al sistema di valutazione è limitata, mentre il feedback degli utenti è fondamentale nell'ottica del miglioramento dei servizi. Occorrerà per questo studiare e lanciare una campagna che informi gli utenti della possibilità di esprimere la propria valutazione sulle prestazioni ricevute tramite il sistema del QR code e che li motivi ad aderire allo scopo di migliorare i servizi sanitari. Verrà valutato l'utilizzo di monitor già presenti nell'ospedale San Martino dove far girare un video promozionale del servizio, creato dall'ufficio stampa, ma anche la diffusione di poster e brochure. L'obiettivo della campagna è quello di incrementare l'adesione degli utenti al sistema di valutazione che permetterà a questa Azienda di cogliere le criticità e gli ambiti di miglioramento della propria performance.

**OBIETTIVI STRATEGICI E VALORE PUBBLICO GENERATO - TRIENNIO 2025-2027**

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027
Miglioramento dello stato di salute della popolazione	Promuovere interventi vaccinali in maniera capillare nel territorio, nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente e promuovendo una equità di accesso del servizio alla popolazione	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib/numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	SC Igiene e Sanità Pubblica	Bambini età entro 24 mesi	95,76% anno 2024	>=95% di Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib	>=95% di Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib	>=95% di Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib
		numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)/numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	SC Igiene e Sanità Pubblica	Bambini età entro 24 mesi	95,68% anno 2024	>=95% di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95% di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95% di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi morbillo, parotite, rosolia (MPR)
		numero di soggetti di età pari o superiore a 65 anni vaccinati per vaccinazione antinfluenzale/popolazione di ultrasessantacinquenni *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	SC Igiene e Sanità Pubblica	Utenti >=65 anni	37,65% al 16.09.2024	miglioramento rispetto all'anno precedente della Copertura Vaccinale Antinfluenzale nei soggetti di età >=65 anni	>=75% di copertura vaccinale nei soggetti >=65 anni per vaccinazione antinfluenzale	>=75% di copertura vaccinale nei soggetti >=65 anni per vaccinazione antinfluenzale
	Realizzare interventi efficaci di prevenzione dei tumori offerti alla popolazione in grado di incidere sulle disuguaglianze di salute	numero di soggetti di età pari ai 12 anni vaccinati (ciclo completo) contro l'HPV / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	SC Igiene e Sanità Pubblica	ragazzi >=12 anni	49% anno 2024	miglioramento rispetto all'anno precedente della Copertura Vaccinale contro l'HPV	>=95% della coorte per la Copertura Vaccinale contro l'HPV	>=95% della coorte per la Copertura Vaccinale contro l'HPV
		(N. di persone che hanno aderito all'invito per il test di screening di primo livello, del programma organizzato per il tumore della <b>cervice uterina</b> /popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	SC Igiene e Sanità Pubblica	donne tra i 25 e i 64 anni	copertura anno 2024: 39,66% rispetto al target del 38%	tasso di adesione reale allo screening per la cervice uterina uguale o maggiore alla copertura 2024 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale allo screening per la cervice uterina uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale allo screening per la cervice uterina uguale o maggiore alla copertura 2026 o quantomeno non inferiore al target regionale
		(N. di persone che hanno aderito all'invito in un programma organizzato, di screening di primo livello per tumore della <b>mammella</b> /popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	SC Igiene e Sanità Pubblica	donne tra i 50 e i 69 anni	copertura anno 2024: 51,43% rispetto al target del 35%	tasso di adesione reale allo screening per il tumore della mammella uguale o maggiore alla copertura 2024 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale allo screening per il tumore della mammella uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale allo screening per il tumore della mammella uguale o maggiore alla copertura 2026 o quantomeno non inferiore al target regionale
		(N. di persone che hanno aderito all'invito per test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per il tumore del <b>colon retto</b> /popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	SC Igiene e Sanità Pubblica	uomini e donne tra i 50 e i 69 anni	copertura anno 2024: 43,34% rispetto al target del 25%	tasso di adesione reale allo screening per il tumore del colon retto uguale o maggiore alla copertura 2024 o quantomeno non	tasso di adesione reale allo screening per il tumore del colon retto uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non	tasso di adesione reale allo screening per il tumore del colon retto uguale o maggiore alla copertura 2026 o quantomeno non

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027
							inferiore al target regionale	inferiore al target regionale	inferiore al target regionale
Contributo allo sviluppo sociale, ambientale ed economico	Salvaguardare l'ambiente e sensibilizzare i concetti di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici della provincia, quale contributo per incentivare uno sviluppo sociale ed economico nel rispetto della sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro.	numero di controlli effettuati per l'attività di vigilanza e sicurezza nei luoghi di lavoro nel comparto edilizia, agricoltura e bonifica amianto / numero di controlli programmati *100	SPRESAL	UO del Dipartimento di Prevenzione	Attività Produttive/Cittadini	al 10.09.2024: 1) Ispezioni in Aziende Edili 82,31%; 2) Ispezioni cantieri Edili 71,82%; 3) Controlli Aziende Comparto Agricolo 57,50%	100% dei controlli effettuati rispetto ai Piani di prevenzione nei comparti edilizia e agricoltura e di bonifica amianto	100% dei controlli effettuati rispetto ai Piani di prevenzione nei comparti edilizia e bonifica amianto	100% dei controlli effettuati rispetto ai Piani di prevenzione nei comparti edilizia e agricoltura e di bonifica amianto
		numero di controlli (ispezioni, audit, campionamenti) effettuati nei diversi settori (alimenti e nutrizione, sanità animale, allevamenti e produzione zootecniche, alimenti di origine animale) / numero di controlli (ispezioni, audit, campionamenti) programmati *100	Strutture del Dipartimento di Prevenzione	UO del Dipartimento di Prevenzione	Attività Produttive/Cittadini	100% al 31/12/2024	>=90% dei controlli effettuati rispetto ai programmi regionali	>=90% dei controlli effettuati rispetto ai programmi regionali	>=90% dei controlli effettuati rispetto ai programmi regionali
Contributo allo sviluppo sociale e al miglioramento dello stato di salute della popolazione	Ridurre le disuguaglianze di accesso alle prestazioni socio assistenziali attraverso lo sviluppo delle Reti Assistenziali di Prossimità	% di adempimenti di competenza adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR per la realizzazione delle COT	Relazioni dei servizi coinvolti	SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e Direzioni di Distretto	Utenti	100%	avvio a regime delle COT	avvio a regime delle COT e monitoraggio delle attività svolte	monitoraggio delle attività svolte
		% di adempimenti di competenza adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR per la realizzazione delle Case di Comunità	Relazioni dei servizi coinvolti	SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e Direzioni di Distretto	Utenti	100%	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2025 finalizzato all'operatività delle Case di Comunità	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2026 finalizzato all'operatività delle Case di Comunità e avvio a regime nel secondo semestre	avvio a regime delle Case di Comunità e monitoraggio delle attività svolte
		% di adempimenti di competenza adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR per la realizzazione e lo sviluppo degli Ospedali di Comunità	Relazioni dei servizi coinvolti	SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e Direzioni di Distretto	Utenti	100%	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2025 finalizzato all'operatività dell'Ospedali di Comunità di Bosa	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2026 finalizzato all'operatività degli Ospedali di Comunità e avvio a regime nel secondo semestre dell'Ospedale di Comunità di Bosa	avvio a regime degli Ospedali di Comunità e monitoraggio delle attività svolte

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027
		Numero di ambulatori dell'infermiere di Comunità aperti	Relazione del Servizio Professioni Sanitarie	Sc Servizio delle Professioni Sanitarie	Utenti	Presenti 1 ambulatorio nei seguenti Comuni: Busachi, Laconi, Oristano, Bosa, Villa Sant'Antonio	avvio delle attività in ulteriori 3 ambiti territoriali	avvio delle attività in ulteriori 3 ambiti territoriali	avvio delle attività in ulteriori 3 ambiti territoriali
		numero di assistiti in ADI con età superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione appartenente alla fascia di età di riferimento*100	FLUSSO FLS 21 Q. H e SISaR ADI	Sc Servizio delle Professioni Sanitarie e SSD ADI	utenti ultrasessantenni	8,10% anno 2024	aumento del numero di assistiti in ADI con età superiore ai 65 anni rispetto all'anno precedente	10% di assistiti in ADI con età superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione appartenente alla stessa fascia di età (entro giugno). Target PNRR	Aumento del numero di assistiti o quantomeno mantenimento target 2026
Miglioramento dello stato di salute della popolazione	Qualificare l'offerta ospedaliera favorendo il miglioramento degli standard qualitativi delle prestazioni sanitarie ospedaliere	(N. di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica / totale delle dimissioni di degenza diurna) *100	file A	Reperti di degenza area medica	Utenti	9,09% 1° semestre 2024	% di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica non superiore al target aziendale del 23%	% di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica non superiore al target aziendale del 23%	% di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica non superiore al target aziendale del 23%
		(N. dimissioni dei ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) / totale dei RO medici)*100	file A	Reperti di degenza	Utenti	14,58% 1° semestre 2024	non superamento della media nazionale del 8,86%	non superamento della media nazionale del 8,86%	non superamento della media nazionale del 8,86%
		(ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza/ricoveri ordinari non a rischio di inappropriatazza)*100	file A	Reperti di degenza	Utenti	0,08% 1° semestre 2024	tasso di ricovero non superiore al target aziendale 0,29%	tasso di ricovero non superiore al target aziendale 0,29%	tasso di ricovero non superiore al target aziendale 0,29%
		% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 gg	file A	SC Chirurgia	Utenti	81,7% al mese di ottobre 2024	% percentuale migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	% percentuale migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	% percentuale migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%
		% interventi per frattura di femore in pazienti di età superiore ai 65 anni con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <48h /n. interventi per frattura del femore	file A	SC Ortopedia, SC anestesia e Rianimazione, SC Pronto Soccorso	Utenti	26,45% al mese di ottobre 2024	% migliorativa rispetto all'anno precedente	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%
		Numero parti cesarei primari/numero parti con nessuna pregresso cesareo*100	file A	SC Ginecologia e Ostetricia	Utenti	19% al mese di ottobre 2024	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 25%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 17%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 15%
Contributo allo sviluppo sociale ed economico	Migliorare gli strumenti di comunicazione e di accessibilità ai servizi	Garantire la migliore accessibilità fisica agli edifici che ospitano servizi sanitari	Ufficio Tecnico	Ufficio Tecnico	Utenti	realizzazione di una nuova rampa d'accesso presso tre strutture	realizzazione di interventi per facilitare l'accesso presso 2 strutture	realizzazione di interventi per facilitare l'accesso presso tre strutture	

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027
		Garantire la migliore accessibilità alle informazioni sui servizi erogati dall'azienda con un aggiornamento del sito aziendale	Ufficio Stampa	tutte le strutture aziendali e Ufficio Stampa	Utenti	nel 2024 si è provveduto al continuo aggiornamento dei contenuti del sito	aggiornamento continuo del sito	aggiornamento continuo del sito	aggiornamento continuo del sito
		attivazione di canali ad es. Telegram e tenerlo aggiornato per una maggiore diffusione delle informazioni sanitarie. Pubblicazione della Carta dei Servizi sul sito aziendale	Ufficio Stampa	tutte le strutture aziendali e Ufficio Stampa	Utenti	nel 2023 attivato canale Telegram, WhatsApp e YouTube e realizzato un TG della ASL con informazioni sulle attività aziendali Pubblicata nel sito aziendale nel 2024 la Carta dei Servizi	aggiornamento continuo dei canali social e della Carta dei Servizi Aziendali	aggiornamento continuo dei canali social e della Carta dei Servizi Aziendali	aggiornamento continuo dei canali social e della Carta dei Servizi Aziendali
		numero di procedure standardizzate e modulistica digitalizzata nei diversi servizi aziendali rivolte sia agli utenti esterni che interni	Referente URP	tutte le strutture aziendali e Referente URP	Utenti	sono standardizzate e pubblicate nel sito 158 procedure	standardizzazione e pubblicazione di ulteriori 5 procedure	standardizzazione e pubblicazione di ulteriori 5 procedure	standardizzazione e pubblicazione di ulteriori 5 procedure
Contributo allo sviluppo economico	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	numero di rendiconti presentati annualmente con la ricognizione dei residui dei progetti finanziati vincolati	SC Bilancio	SC Bilancio e Strutture referenti dei progetti	SC Bilancio e Strutture referenti dei progetti/Cittadini i utenti	rendicontazione aggiornata al mese di dicembre 2024	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti
		Valore di scritture di PN con dettaglio della chiave contabile completo nella prima nota (PN)/Valore totale di scritture di PN	SC Programmazione e Controllo	SC Programmazione e Controllo e Gestori delle Risorse	SC Programmazione e Controllo e Strutture referenti dei progetti /Cittadini utenti	97% anno 2024	>= 97%	>= 97%	>= 97%
		Numero medio di giorni di per la liquidazione e i pagamenti per il rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	AMC	Strutture deputate alla liquidazione e al pagamenti delle fatture	Fornitori	media 17,6 gg per la liquidazione al mese di novembre 2024 rispetto ai 30 gg previsti (dato in corso di aggiornamento)	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
Contributo al benessere ambientale	Coniugare una maggiore efficienza energetica con l'obiettivo di contribuire alla sostenibilità	attività previste per la realizzazione di un Campo Fotovoltaico all'interno del perimetro ospedaliero di Oristano	Servizio Tecnico	SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio	ASL5/Cittadini	assenza di impianti fotovoltaici. Nel 2024 non si è potuto realizzare alcun impianto fotovoltaico			



Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027
	ambientale	sostituzione dei sistemi di produzione di acqua calda sanitaria con sistemi a pompa di calore ad alta efficienza	Servizio Tecnico	Servizio Tecnico Servizi Sanitari Territoriali	Utenti		Sostituzione >=2 impianti nelle strutture territoriali	Sostituzione >=2 impianti nelle strutture territoriali	
Contributo allo sviluppo sociale e al miglioramento dello stato di salute della popolazione	Ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico	numero totale di persone vulnerabili dal punto di vista socio economico partecipanti al programma "Equità nella Salute"	Direzione Socio Sanitaria	Direttore Socio Sanitario	utenti vulnerabili dal punto di vista sociale ed economico	19 anno 2024	146	293	439
		numero totale di persone vulnerabili dal punto di vista socio economico cittadini di paesi terzi partecipanti al programma "Equità nella Salute"				8 anno 2024	58	117	175
Contributo per la promozione della trasparenza, l'integrità e le strategie di prevenzione e contrasto alla corruzione	Potenziamento attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza	Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza sensibilizzando i direttori delle articolazioni organizzative dell'Azienda sulla corretta attuazione delle misure di prevenzione attinenti i processi di loro gestiti e sul controllo dell'efficacia delle misure di contenimento del rischio degli eventi corruttivi	Direttori/Responsabili di tutte le strutture	RPCT e servizi	Servizi/Utenti	Trasmissione relazione monitoraggio semestrale entro il 30 giugno e il 30 novembre al RPCT	Trasmissione relazione monitoraggio semestrale entro il 30 giugno e il 30 novembre al RPCT	Trasmissione relazione monitoraggio semestrale entro il 30 giugno e il 30 novembre al RPCT	Trasmissione relazione monitoraggio semestrale entro il 30 giugno e il 30 novembre al RPCT
		Rispetto dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparenza" del sito aziendale	Tutte le strutture	RPCT-referenti servizi	Utenti esterni- Associazioni ed utenti interni	Aggiornamento continuo della sezione	aggiornamento continuo della sezione	aggiornamento continuo della sezione	aggiornamento continuo della sezione
		Aggiornamento costante dei registri digitalizzati degli accessi documentali, civici e civici generalizzati che riportano le diverse tipologie di istanze presentate	Tutte le strutture	RPCT-referente informatico – referente AA.GG. - Referente comunicazione	Utenti esterni ed interni	Digitalizzazione dei registro accessi	Aggiornamento continuo dei registri	Aggiornamento continuo dei registri	Aggiornamento continuo dei registri
		Partecipazione agli eventi formativi in materia di trasparenza e anticorruzione In particolare formazione digitale con specifico percorso formativo tramite piattaforma "Syllabus" messo a disposizione alle P.A.	Tutte le strutture	Direzione Generale e RPCT	Tutto il personale	Nel 2024 è cresciuta di oltre il 60% la partecipazione del personale dipendente ai corsi di formazione	obblighi formativi assolti per la totalità del personale	obblighi formativi assolti per la totalità del personale	obblighi formativi assolti per la totalità del personale

## 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 2025-2027 tenendo conto dell'impatto che questi determineranno sulle dimensioni della semplificazione, digitalizzazione, accessibilità e pari opportunità.

#### C. Rischi corruttivi e trasparenza

##### **PREMESSA**

Il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è un documento di natura programmatica e redatto in aggiornamento, conformemente alle disposizioni contenute nel nuovo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, valido per il triennio 2025-2027.

La presente sottosezione con le sue misure, relative ai processi di prevenzione della corruzione, alla trasparenza e all'accesso da parte dei cittadini alla vita dell'amministrazione, contribuisce a creare valore pubblico attraverso la prevenzione e la riduzione del rischio dei fenomeni corruttivi.

Le misure di prevenzione e di trasparenza sono a protezione del valore pubblico, ma esse stesse sono produttive di valore pubblico e sono strumentali a generare risultati sul piano economico e su quello dei servizi, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica dell'Azienda.

La sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza è stata predisposta dal RPCT per fornire uno strumento sintetico e utile per tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza aziendale, 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.

Come sancito nelle Convenzioni ONU, OCSE e Consiglio d'Europa, con il termine "corruzione" si definiscono tutti quei comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma o concorra all'adozione di una decisione pubblica,

deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè alla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli.

Il concetto di corruzione è inteso in senso lato, come comprensivo delle varie condotte in cui, nel corso dell'attività istituzionale, si riscontri l'abuso di un potere delegato ai fini di un vantaggio privato: quindi la condotta illecita da parte di un professionista dell'ente che agisca al fine di perseguire un interesse primario a discapito dell'interesse istituzionale.

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 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.

L'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano, in quanto facente parte integrante del sistema del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna e del Sistema del Servizio Sanitario Nazionale, in coerenza con le indicazioni contenute nel PNA e nelle Delibere ANAC, provvede ad aggiornare annualmente il vigente Piano Triennale della Prevenzione Corruzione e Trasparenza. La cui funzione è di programmazione, di definizione degli obiettivi, di indicatori e misure da realizzare e di vigilanza sull'applicazione.

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.

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 D.Lgs. n. 33 del 2013. Nel 2025 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, l'attuale sottosezione

va intesa come un insieme di azioni e strumenti finalizzati alla prevenzione. Tale insieme di azioni e strumenti 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 pertinenza 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**

Le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico del territorio sardo nel quale l'Azienda n. 5 di Oristano si trova ad operare, sono state esaminate nell'Allegato 1 e nella sezione I del presente documento.

Il verificarsi di fenomeni corruttivi è molto limitato nel territorio regionale e ancor più in quello provinciale, come da Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento, così come i reati contro la Pubblica Amministrazione sia all'esterno che all'interno della stessa. La Provincia di Oristano non viene menzionata neanche nelle ultime relazioni semestrali della Direzione Investigativa Antimafia (DIA) al Parlamento per quanto riguarda le infiltrazioni mafiose, pertanto non si registra la presenza di associazioni di tipo mafioso a carattere autoctono. Dall'indagine condotta dal "Sole 24 Ore", si evidenzia che la Provincia di Oristano si colloca al 106° posto della classifica generale delle 106 province italiane, ovvero l'ultima nella graduatoria complessiva del tasso di criminalità in Italia tra Enti omologhi. L'indagine è stata elaborata su dati forniti dal Dipartimento Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno, relativi ai delitti "emersi" in seguito alle segnalazioni delle Forze di Polizia (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Carabinieri Forestali, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, DIA, Polizia Municipale, Guardia Costiera) sui seguenti reati: omicidi volontari consumati, infanticidi, tentati omicidi, furti con strappo, furti con destrezza, furti in abitazioni, furti in esercizi commerciali, furti di autovetture, rapine, estorsioni, usura, associazioni per delinquere, associazioni di tipo mafioso, riciclaggio e impiego di denaro, truffe e frodi informatiche, incendi, stupefacenti, violenze sessuali. Il numero dei delitti commessi è stato rapportato alla popolazione ISTAT della provincia a fine 2024 (<https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/>).

Il trend storico sullo stesso novero di reati, come anche di quelli contro la P.A., è rilevabile dai dati ISTAT ([http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV\\_DELITTIPS\\_](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_DELITTIPS_)) [dati estratti il 17 gennaio 2025].

Ulteriori dati sono contenuti nell'indagine sulla corruzione in Italia (CPI 2023) condotta dall'ANAC (<https://www.transparency.it/cosa-facciamo/ricerca-e-analisi/indice-percezione-corruzione>).

Incrociando questi dati con analisi storica che emerge dalla valutazione del rischio corruttivo si può affermare che l'ASL n. 5 di Oristano opera in un contesto socio-economico storicamente "sano", dove i reati contro la Pubblica Amministrazione sono veramente pochi e il tessuto sociale favorevole al mantenimento di buoni standard di integrità.

## **CONTESTO INTERNO**

L'analisi 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.

Tale analisi 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.

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 nata 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. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 49 del 04/03/2022 la ASL ha nominato il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) e in data 29/06/2022, con Deliberazione del D.G. n. 193, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). L'approvazione del PIAO per il triennio 2024-2026 è avvenuta in data 31/01/2024 con Deliberazione del Direttore Generale n. 59.

Anche l'anno 2024 è stato caratterizzato da una fase di implementazione e definizione di organizzazione aziendale, in coerenza con il percorso avviato con l'adozione dell'Atto Aziendale (Deliberazione D.G. n. 26 del 24/01/2023). Attualmente, l'Azienda sta proseguendo nella definizione dell'attività, atti e provvedimenti, assetti organizzativi di conferimento incarichi di Direzione SC, SSD, dirigenziali e di comparto. Ciò 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, considerato che ad oggi non sono ancora operative tutte le strutture organizzative contemplate nello steso Atto Aziendale.

Con successive Deliberazioni l'Ente sta continuando ad approvare propri Regolamenti che sostituiscono quelli precedentemente recepiti da ex ATS Sardegna, con Deliberazione del D.G. n. 115 del 19/04/2022, 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. La sezione del sito Amministrazione Trasparente è in continua implementazione ed aggiornamento ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.

Il ruolo del RPCT, 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 ed è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

## **VALUTAZIONE DI IMPATTO DELL'ANALISI DI CONTESTO**

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 assolte 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.

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.

A fonte di quanto emerso, il RPCT nel 2025 porrà particolare attenzione alle seguenti attività:

- diffusione e maggiore conoscenza del Codice di comportamento, così come aggiornato a seguito del DPR 81/23 e così come adottato dalla ASL di Oristano, con obiettivo di intensificare la formazione e sensibilizzazione del personale, assicurando continuità nell'adesione ai principi di etica, trasparenza e integrità;
- potenziare la partecipazione agli eventi formativi, in particolare alla formazione digitale erogata sulla piattaforma Syllabus che può essere integrata in programmi proposti da SNA e Formez PA;
- diffusione dei contenuti del regolamento aziendale per l'accesso atti, accesso civico e generalizzato;
- diffusione regole divieti pantouflage, ai sensi delle recenti linee guida emesse con Delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 493 del 25/09/2024;
- revisione dei contenuti dell'Allegato 3 Tabella rischi e misure, seguendo la progressiva attuazione dell'Atto Aziendale. Si intende rinnovare l'invito ai Servizi a fornire il proprio ed imprescindibile contributo nel rivedere ed approfondire i contenuti della scheda dei rischi e delle relative misure di prevenzione.

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

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.

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 (UPD)**

L'Azienda, con Deliberazione del Direttore Generale n. 24 del 20/01/2025 ha nominato i componenti dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) ex art. 55 bis D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.- rettifica precedenti Deliberazioni D.G. n. 560 del 04/12/2023 e n. 460 del 15/07/2024, pertanto, così come previsto nell'Atto Aziendale, si sta superando la fase transitoria che si concluderà 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.

## **Formazione**

L'Azienda, considerato 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. Attualmente e anche nell'anno 2024 i corsi relativi alle tematiche di etica e cultura della legalità sono stati gestiti dal Servizio Formazione anticorruzione e trasparenza, di ARES, 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.

La Direzione Aziendale, nel rendere operativo l'Atto Aziendale, ha istituito 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.

## **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.

Con Deliberazione del D.G. n. 664 del 09/10/2024 il servizio relativo alle funzioni e attività di Responsabile della Protezione dei dati (Data Protection Officer – DPO) con procedura ai sensi dell'art. 50, co. 1, lett. b), del D.Lgs. 36/2023 è stato affidato all'Operatore Economico "S.I.P.A.L. Srl" - per un periodo di 36 mesi più ulteriori 12 mesi opzionali e con Deliberazione D.G. n. 698 del 23/10/2024 si è proceduto alla nomina formale dell'incarico del nuovo DPO.

In precedenza 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, aveva nominato la società Karanoa s.r.l. fino al 30/09/2024, quale DPO esterno all'Ente e con delibera n. 602 del 27/12/2023, ai sensi dell'art. 30 dello stesso Regolamento, la stessa ha adottato il Registro dei trattamenti dal medesimo eseguiti.

## **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 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 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 n. 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).

## **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 "generali", 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.

## **1. ROTAZIONE DEI DIPENDENTI**

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

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

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

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

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

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

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

#### **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.

## **2. CODICE DI COMPORTAMENTO GENERALE E CODICE DI COMPORTAMENTO ASL n. 5 ORISTANO**

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 2025-2027.

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.

### **3. GESTIONE CONFLITTO DI INTERESSE**

La ASL n. 5 di Oristano, fin dalla sua costituzione avvenuta in data 01/01/2022, ha prestato particolare attenzione sia negli atti di organizzazione che di programmazione alla tematica "conflitto di interesse". In particolare, anche nella presente sottosezione, dedica di seguito ampio spazio alla disciplina della tematica definendo sia gli aspetti generali del fenomeno sia alcuni focus specifici per singola materia.

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, il 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.

Il D.Lgs. n. 36 del 31/03/2023 “Codice dei contratti pubblici” art. 16 prevede che “le stazioni appaltanti adottano misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni”. L’Allegato 4 della presente sezione del PIAO, recante la valutazione dei rischi nei processi aziendali e responsabilità sulle misure di prevenzione della corruzione, alla Attività n. 1 “Contratti Pubblici” prevede tra le misure di prevenzione l’acquisizione CV del RUP e dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l’incarico di RUP o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell’art. 16 del Codice.

All’uopo, l’Azienda di Oristano con delibera del Direttore Generale n. 661 del 30/09/2024 ha approvato la procedura operativa per l’acquisizione e gestione delle dichiarazioni relative al conflitto di interessi per gli appalti sotto soglia comunitaria – ex art. 16 D.Lgs. n. 36/2023 – comprensiva della modulistica per la produzione delle dichiarazioni.

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 e del codice di comportamento aziendale.

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 dal 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.

#### **4. 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.

## **5. 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.

## **6. INCOMPATIBILITÀ/INCONFUTABILITÀ 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).

## **7. 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 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.

## **8. 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.

Ai sensi delle recenti Deliberazioni ANAC del 25/09/2024 n. 493 Linee guida n. 1 in tema di c.d. divieto di *pantouflage* - art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. 165/2001 - e n. 493-bis Regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione dell'art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. 165/2001, si prevede il divieto per i dipendenti, 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'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".

Al fine di applicare il divieto, 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.

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:

- dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato;
- personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o autonomo;
- incarichi amministrativi di vertice;
- incarichi dirigenziali interni ed esterni che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione.

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.

Relativamente alle misure il RPCT può:

- verificare la corretta attuazione delle misure;
- avvalersi della collaborazione degli uffici competenti dell'amministrazione/ente (ad esempio ufficio del personale o ufficio gare e contratti) per lo svolgimento dei propri compiti;
- svolgere funzione consultiva di supporto, quale ausilio all'interno dell'amministrazione/ente;
- rivolgersi ad ANAC per pareri.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione può intervenire in merito alla materia con:

- emanazione di pareri: fornisce attività consultiva ai soggetti, pubblici e privati, che richiedano un parere riguardo all'applicazione della disciplina;
- potere regolatorio: interpreta le norme di cui alla l. 190/2012 e formula indirizzi anche mediante apposite linee guida;
- vigilanza sugli enti: verifica l'inserimento nei Piani Anticorruzione misure adeguate volte a prevenire il



pantouflage;

- esecuzione delle sanzioni: qualora ANAC rilevi casi di pantouflage, si fa carico dell'esecuzione delle conseguenze sanzionatorie

## **9. 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.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 36 del 26/01/2024 è stato approvato 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".

## **10. AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE**

L'Azienda attiva e promuove 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, al fine di migliorare ed implementare la strategia di prevenzione della corruzione. Da ultimo è stato pubblicato l'invito, in data 02/12/2024, sul sito web nelle sezioni Notizie ASL e Amministrazione Trasparente, in intranet aziendale con richiamo in home page rivolto a stakeholder, associazioni e società civile a presentare proposte, suggerimenti, osservazioni al fine di aggiornamento/modifiche della sotto-sezione del presente PIAO 2025, relativamente alle misure in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Si da atto che ad oggi non sono pervenute nessun tipo di osservazioni.

La pubblicazione della Carta dei Servizi della ASL n. 5 di Oristano nell'anno 2024, sul sito web nelle sezioni Notizie ASL e Amministrazione Trasparente, in intranet aziendale con richiamo in home page, dimostra l'attenzione dell'amministrazione di utilizzare strumenti di comunicazione semplici e facilmente accessibili che tengono conto dei bisogni dell'utenza e che garantiscono a tutti la possibilità di usufruire pienamente ed equamente dei servizi offerti dall'Azienda. La stessa è reperibile al seguente link: <https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita/> La Carta dei Servizi adottata ed approvata con Deliberazione del Direttore Generale, rappresenta un impegno tra la P.A. e i cittadini/utenti nel rispetto dei principi di uguaglianza, imparzialità, efficacia ed efficienza, trasparenza, accesso, partecipazione, privacy, continuità del servizio, nell'ottica di un continuo processo di miglioramento qualitativo con la partecipazione ed il coinvolgimento dei medesimi.

L'ASL si propone di attivare per l'anno 2025 ulteriori 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.

## **11. 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, favorendo 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 dall'art. 1 co. 51 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". (D.Lgs. n. 24/2023 in attuazione della Direttiva UE 2019/1937).

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 piattaforma in uso, 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/>

## **12. PROCEDURE E OBIETTIVI PER LA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

La formazione in materia di etica, cultura, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo è una misura fondamentale di prevenzione della corruzione. Un'importante occasione formativa digitale, di crescita e aggiornamento professionale è offerta dalla piattaforma "Syllabus" promossa dal Dipartimento Funzione Pubblica, a cui l'Azienda n. 5 di Oristano ha già aderito dal 2023 e nel 2024 la partecipazione del personale dipendente ha superato le aspettative.

Nello specifico il PNA attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo a quella 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, l'Azienda adotta nel proprio ambito di competenza (es. il Codice di comportamento) e mantiene elevato il livello di conoscenza di tali tematiche tra i propri dipendenti, nonché favorisce la condivisione di comportamenti organizzativi virtuosi, attraverso interventi formativi annuali da realizzare entro il mese di dicembre di ogni anno.

La gestione delle attività formative, in generale, ai sensi della L.R. n. 24/2020 è in capo al Servizio Formazione ARES. Le attività di formazione, in materia di prevenzione corruzione e trasparenza, si svolgono ancora in FAD Asincrone e per il 2025 si auspica l'articolazione 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 assenza di collaborazione con il Responsabile della Formazione ARES, per la definizione del programma di formazione e la vigilanza sulla sua attuazione, assolve i propri obblighi inviando comunicazioni anche a firma del DG, DA e DS ai Direttori/Responsabili delle Strutture Aziendali, inerenti l'obbligo di formazione per tutto il personale ed in particolare ai dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione.

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

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

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

- Approfondimenti sulla normativa relativa al conflitto di interessi;
- Analisi degli obblighi di pubblicità e trasparenza per le stazioni appaltanti (D.Lgs.33/2013);
- Approfondimenti sulla Responsabilità Amministrativa;

- Integrazione e approfondimento della mappatura del rischio di tutte le strutture aziendali e individuazione delle azioni da adottare, anche con l'esame di casi pratici e organizzazione di appositi *focus group*.

Nel corso del 2025 si procederà, come anche nel 2024, 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 e soprattutto i neoassunti.

Per il triennio 2025-2027, come previsto dalla recentissima Direttiva del Ministro (per la Pubblica Amministrazione) Zangrillo del 14/01/2025, l'Azienda abiliterà tutti i dipendenti alla fruizione dei corsi sulla piattaforma Syllabus e, necessariamente, il personale neoassunto. Il RPCT, in collaborazione con la Direzione Aziendale, si pone come obiettivo per il 2025, di dare un forte impulso alla dirigenza per far partecipare tutto il personale ai percorsi formativi della prevenzione alla corruzione, etica, trasparenza e integrità promossi dal Dipartimento della Funzione Pubblica sulla piattaforma Syllabus e specificatamente i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

Inoltre l'Azienda ha aderito al forum 2025-2027 per l'integrità in Sanità con protocollo di intesa tra Transparency International Italia e Re-Act. L'obiettivo dell'adesione al progetto è di garantire la formazione continua per il RPCT, di promuovere una cultura della legalità in sanità e di comunicarla all'interno e all'esterno dell'Azienda sanitaria.

Il progetto prevede l'esecuzione di diverse attività che possono consistere in: percorso di formazione esclusivo per il RPCT, analisi degli strumenti di integrità per l'elaborazione di nuovi modelli e strategie anticorruzione, rilevazioni interne in tema di percezione e conoscenza degli strumenti, elaborazione di proposte per la sensibilizzazione dell'opinione pubblica, campagna di comunicazione interna e esterna, costituzione di tavoli di lavoro tra soggetti del SSN, istituzioni ed esperti.

### **Monitoraggio eventi formativi sponsorizzati**

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

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

Il rischio specifico in relazione alla suddetta situazione è dato dal potenziale condizionamento, nei confronti di singoli professionisti o di equipe mediche, dei comportamenti prescrittivi ovvero, per quanto attiene alle sperimentazioni cliniche, alla possibile manipolazione di dati al fine di agevolare un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca, quote sul fatturato ovvero comparaggio). 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 attivato la struttura SSD "Risk Management, Qualità e Formazione Permanente" afferente all'Area Staff con Deliberazione del D.G. n. 538 del 22/11/2023 anche al fine di stabilire una costante collaborazione con le strutture di ARES deputate alla formazione, le quali ultime, anche nell'anno 2025 per continuità amministrativa seguiranno la materia.

## **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 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 2023 la stessa è reperibile al seguente link:

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

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

## **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 2025-2027 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 della stato attuale, dalla relazione annuale del RPCT relativa alla gestione 2023 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 implementazione 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.

Nell'Azienda, durante il corrente anno 2025, 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.

L'attività di revisione e implementazione continuerà sia del sito aziendale che dell'apposita sezione Amministrazione Trasparente, per rendere maggiormente fruibili tutte le informazioni a garanzia della massima Trasparenza e Accessibilità.

Per il 2025 l'obiettivo è quello di continuare a migliorar progressivamente la qualità del processo di pubblicazione su tutti gli aspetti richiamati dalla norma anche attraverso una maggiore collaborazione di tutti i soggetti aziendali coinvolti. In particolare sarà data attuazione alla Deliberazione ANAC n. 495 del 25/09/2024, con cui ha approvato 3 schemi ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli articoli del D.Lgs. 33/2013:

- 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche);
- 13 (organizzazione);
- 31 (controlli su attività e organizzazione).

L'ANAC, nello stesso atto, ha previsto un periodo transitorio di 12 mesi per procedere all'aggiornamento delle sezioni Amministrazione trasparente in conformità ai 3 schemi.

Infine, in base alle risorse disponibili, si cercherà di rendere ancora più efficace ed efficiente l'attività di monitoraggio e controllo sui dati, documenti e informazioni pubblicati, anche attraverso l'adozione di strumenti informatici idonei.

### **Accesso Civico e Accesso Generalizzato**

Al fine di implementare e disciplinare organicamente le diverse tipologie di accesso, sia per facilitare le istanze da parte degli operatori, in particolare il diritto di accesso su documenti di carattere sanitario, e sia di offrire ai cittadini uno strumento di agevole consultazione nell'ottica di massima trasparenza e semplificazione amministrativa, l'ASL di Oristano ha adottato il Regolamento in materia di accesso agli Atti Documentale, Civico Semplice e Civico Generalizzato con Delibera del D.G. n. 895 del 31/12/2024, adeguato alle più recenti normative, che sostituisce il precedente (ex ATS Sardegna) recepito con Delibera del D.G. n. 115 del 19/04/2022. Il Regolamento, predisposto a cura del RPCT e della SC Affari Generali e Area delle Funzioni Legali, è pubblicato sul sito istituzionale internet nella sez. Amministrazione Trasparente sia nella sottosezione Altri contenuti/Accesso civico, che nella sottosezione Disposizioni Generali/Atti Generali.

Nel corso del 2024 è stato raggiunto l'obiettivo della sperimentazione della digitalizzazione e pubblicazione

dei registri trimestrali degli accessi documentali, civici e civici generalizzati che riportano le diverse tipologie di istanze relative a ciascun servizio, presentate alla ASL n. 5 di Oristano. Gli stessi, confluiscono nel "Registro degli Accessi" digitalizzato Aziendale degli Accessi, con pubblicazione semestrale per l'anno in corso nella sottosezione Altri contenuti/Accesso civico. Oltre che l'obiettivo della pubblicazione nella medesima sezione di tutte le informazioni per consentire agli interessati l'accesso civico e l'accesso generalizzato secondo quanto già indicato da ANAC.

Nel corso del I° semestre 2025 le Strutture Aziendali provvederanno all'applicazione del nuovo Regolamento unitamente alla nuova modulistica.

Inoltre, come indicato nella relazione annuale 2023 del RPCT, essendo state evidenziate alcune criticità legate alla procedura per quanto attiene la trasmissione di flussi, condizionato dalla carenza di personale tecnico-amministrativo e quindi compatibilmente con la disponibilità di risorse umane, strutturali ed economiche, è opportuno apportare alcuni miglioramenti prevedendo, intensificazione di comunicazioni interne, incontri periodici con i referenti di ogni singola sottosezione sezione, 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 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 le trasmissioni avvengono attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici.

Considerato che queste nuove modalità operative hanno avuto un grande impatto sull'operatività degli uffici si propone di valutare l'opportunità di prevedere un aggiornamento nel corso del 2025, per verificare l'applicazione delle nuove misure anche a seguito della partecipazione degli operatori a specifici percorsi formativi che dovrebbero essere implementati da SardegnaCAT 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.

### **Trasparenze e tutela dei dati personali**

E' necessario porre particolare attenzione al tema del bilanciamento tra la trasparenza e la tutela dei dati personali, con l'entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il

legislatore ha adeguato il Codice in materia di protezione di dati personali alle disposizioni dello stesso Reg. UE.

Nel 2019 la sentenza n. 20 della Corte costituzionale (pronunciata sulla questione delle pubblicazioni di cui all'art. 14 d.lgs. 33/2013), ha analizzato a fondo la problematica del rapporto tra obblighi di pubblicazione e protezione dei dati personali evidenziando che "risultano in connessione – e talvolta in visibile tensione – diritti e principi fondamentali, contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato".

Nelle regole per la protezione dei dati personali, è doveroso attenzionare:

- il Considerando n. 4 del Reg. UE secondo cui "Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità";

- l'art. 2-ter del D.Lgs. 196/2003, introdotto dal D.Lgs. 101/2018 che stabilisce che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, par. 3, lett. b) del Reg. (UE) 2016/679, "è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento". Inoltre, il co. 3 del medesimo articolo stabilisce che "La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1".

L'Azienda, nell'eventualità dovesse pubblicare dati o documenti contenenti dati personali è necessario che, verifichi la disciplina in materia di trasparenza o altra normativa specifica che preveda l'obbligo di pubblicazione.

L'attività di pubblicazione dei dati sul sito web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Reg. (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

Fatto salvo, in ogni caso, quanto previsto dall'art. 7 bis del D.Lgs. 33/2013: "Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione".

Sulla materia in argomento, il Responsabile della Protezione dei Dati, ovvero il DPO, supporta il RPCT nel fornire informazioni, consulenza e sorveglianza in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del GDPR).

### **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 Misurazione del Rischio**

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

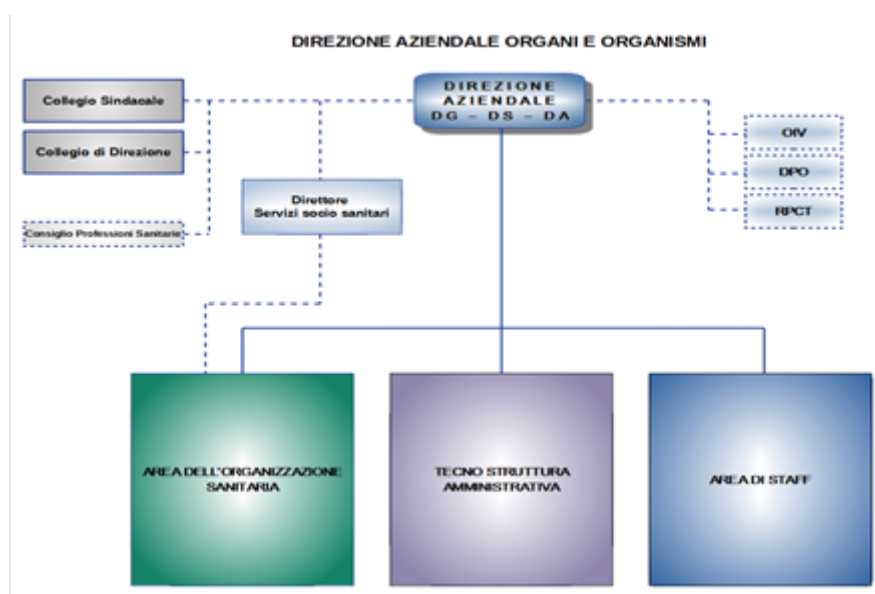
**Allegato\_6\_Informativa\_pantouflage**

### 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;

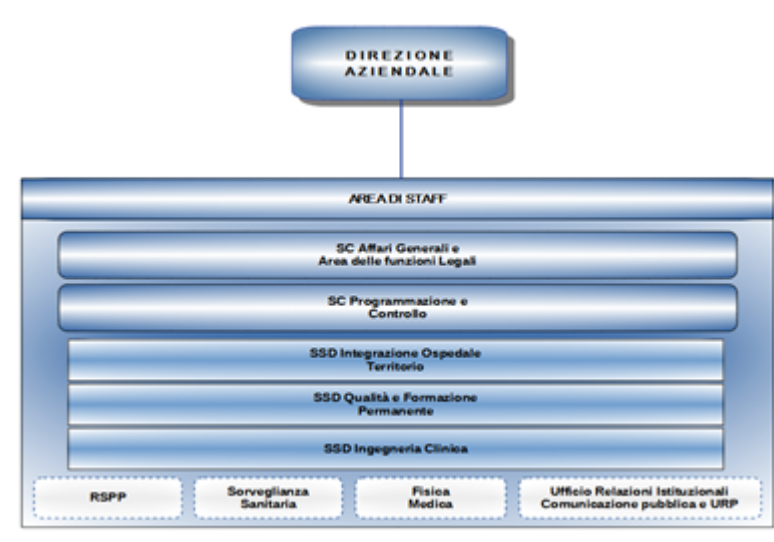
- strutture semplici (SS): organizzazioni semplici con un'autonomia funzionale all'interno della struttura complessa nella quale sono inserite.

### 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 tecnocstruttura amministrativa e l'area della produzione sanitaria.

### Area di Staff

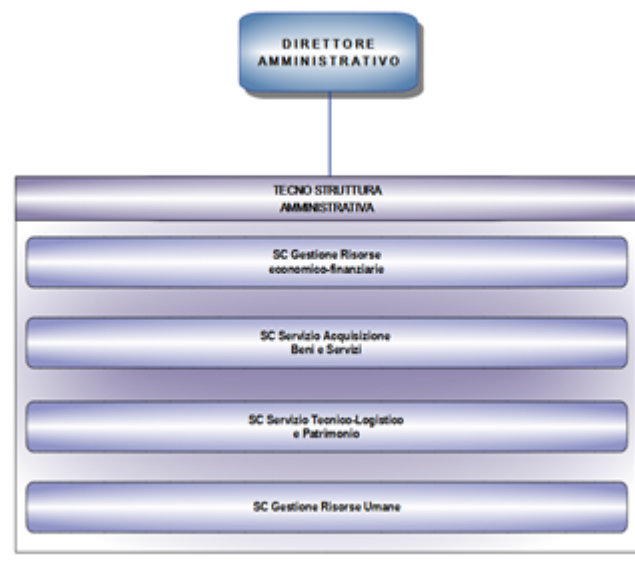
L'Area di Staff supporta la Direzione Aziendale nell'attività di governo, pianificazione strategica, programmazione e controllo, attraverso lo svolgimento delle funzioni inerenti gli affari generali e legali, le relazioni istituzionali, il presidio dei processi di integrazione, qualità, programmazione,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



### La Tecnocstruttura Amministrativa

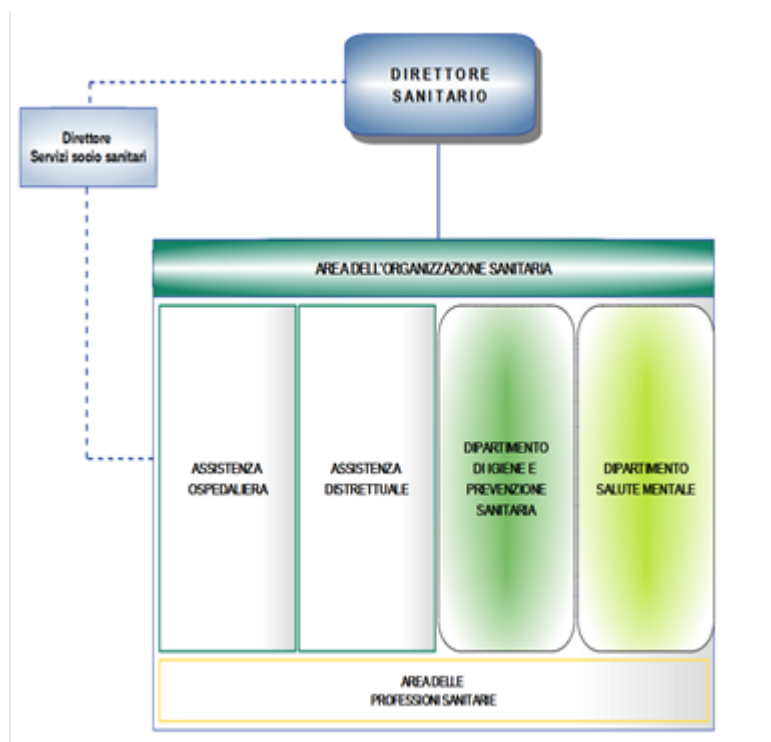
Traduce sul piano operativo i programmi della Direzione strategica attraverso lo svolgimento delle funzioni amministrative in coerenza con il modello organizzativo del SSR di cui alla L.R. 24/2020 e ss.mm.ii..

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

A far data dal 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; è attualmente in corso di definizione la procedura per il conferimento dell'incarico di Direzione della SC Gestione Risorse Economico-Finanziarie.

Sono state, inoltre, attivate nel corso del 2024 le Strutture Semplici di Area Sanitaria di seguito elencate:

- SS CAS, afferente alla SC Oncologia ed Ematologia;
  - SS Oftalmologia, afferente alla SC Chirurgia;
  - SS Osservazione Breve Intensiva, afferente alla SC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza;
  - SS MCAU Bosa, afferente alla SC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza;
  - SS Direzione di Presidio sede Oristano, afferente alla SC Direzione Sanitaria Presidio
  - SS Direzione di Presidio sede Bosa, afferente alla SC Direzione Sanitaria di Presidio.
- per le quali sono in corso di definizione le relative procedure di conferimento degli incarichi di Direzione.

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); Direzione Sanitaria di Presidio (Deliberazione del Direttore Generale n. 170 del 21/02/2024).

Nelle more della definizione delle relative procedure, peraltro sottoposte ad autorizzazione regionale secondo le direttive adottate nel corso del 2024 dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, l'Azienda provvede al conferimento, a seguito di apposita selezione interna, degli incarichi sostitutivi, ex art. 25 CCNL Dirigenza Area Sanità vigente.

L'elenco degli incarichi dirigenziali gestionali è consultabile nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale, all'indirizzo <https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/personale/dirigenti/>

- 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); nel corso del 2024 l'Azienda ha progressivamente provveduto al conferimento di incarichi ulteriori, in ragione del raggiungimento dei relativi requisiti da parte dei dirigenti interessati
- definizione degli assetti organizzativi degli incarichi del personale del Comparto e avvio delle procedure per il conferimento degli stessi (Deliberazione del Direttore Generale n. 675 del 28/12/2023, Deliberazione del Direttore Generale n. 141 del 4/03/2024, Deliberazione del Direttore Generale n. 286 del 9/05/2024, Deliberazione n. 561 del 13/08/2024).

L'elenco degli incarichi di funzione conferiti è consultabile nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale, all'indirizzo <https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/personale/posizioni-organizzative/>

## 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;
- CCNL Area Sanità, triennio 2019/2021, adottato il 23/01/2024;
- CCNL Area delle Funzioni Locali, triennio 2019/2021, adottato il 16/07/20204

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 svolte da remoto, nonché i criteri utili alla valutazione. Dovrà inoltre prevedere la possibilità di una rotazione del personale per garantire un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività lavorativa in smart working e in presenza, con una particolare attenzione ai lavoratori fragili. Dovrà infine garantire la flessibilità rispetto alla fascia orario di reperibilità e al diritto di disconnessione del dipendente.

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

Condizione indispensabile per attuare una politica di lavoro a distanza è, inoltre, la messa a disposizione da parte dell'Amministrazione, di tecnologie e strumenti idonei, oltreché 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.

Il Servizio Programmazione e Controllo se necessario supporta i Responsabili del lavoratore agile fornendo indicazioni sulla metodologia per la costruzione di obiettivi e indicatori.

**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 nei limiti delle proprie competenze;

### **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 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.

**Nel corso del 2024 l'Azienda** ha provveduto a dare mandato ad ARES Sardegna le dotazioni informatiche necessarie allo svolgimento delle attività da remoto dei dipendenti per i quali è stato definito il relativo accordo individuale di lavoro.

#### **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;

#### **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;

Si evidenzia che, nel corso del 31/12/2024 sono stati attivati in ASL 5 Oristano 20 accordi individuali per lo svolgimento della prestazione in lavoro agile.



### 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, Ginecologia e Ostetricia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Oncologia, Radiodiagnostica e Ortopedia) e di alcune professionalità dell'Area del Comparto (in particolare tecnici di Radiologia Medica), che non ha consentito, nel 2024 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 2025/2027 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, ha permesso, di gestire, in modalità più agile, la carenza di dotazione organica con particolare riferimento alle cessazioni non programmabili.

Sulla base della suddetta normativa, la ASL 5 di Oristano ha avviato e definito, nel corso del 2024, varie procedure selettive, in particolare finalizzate al reclutamento di personale della dirigenza Medica.

Un ulteriore strumento utilizzato è stato il ricorso alle procedure previste originariamente dall'artt. 2 ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 (i cui termini sono stati più volte prorogati, da ultimo fino al 31/12/2025) ai sensi del quale, le Aziende e gli Enti del SSN possono procedere al reclutamento, per un periodo di sei mesi, prorogabili di ulteriori sei, dei medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione.

Sotto altro profilo e, in particolare, con riferimento alla valorizzazione delle competenze professionali acquisite dal personale a tempo indeterminato, si rappresenta che nel corso del 2024 e con programmazione anche per il triennio successivo, la ASL 5 di Oristano ha dato corso alle previsioni della normativa vigente in materia di progressione tra le Aree Contrattuali.

Nello specifico, ai sensi dell'art. 52, comma 1-bis, del D.Lgs. 165/2001, così come modificato dal D.L. 80/2021, convertito con L. 113/2021, è facoltà delle pubbliche amministrazioni prevedere, in sede di programmazione triennale dei fabbisogni di personale, l'attivazione di procedure selettive interne per consentire le progressioni tra le aree funzionali, fatta salva una riserva di almeno il cinquanta per cento delle posizioni disponibili destinata all'accesso dall'esterno.

Il sistema di classificazione del personale di cui all'art. 15 del CCNL comparto Sanità del 02/11/2022 è articolato, ai sensi del comma 3 della citata norma, nelle seguenti cinque aree, corrispondenti ad altrettanti differenti livelli di conoscenze, abilità e competenze professionali:

- area del personale di supporto;
- area degli operatori;
- area degli assistenti;
- area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- area del personale di elevata qualificazione.

Il personale dipendente del comparto è inquadrato nelle aree di cui sopra e ripartito nei diversi profili professionali del ruolo sanitario, sociosanitario, amministrativo, tecnico e professionale, secondo quanto previsto dall'allegato A del CCNL citato.

Lo stesso CCNL ha disciplinato, agli artt. 20 e 21 le progressioni verticali, rispettivamente nella loro forma "ordinaria" e "in deroga"; con Deliberazione del Direttore Generale n. 204 del 27/03/2024 la ASL di Oristano ha adottato, a seguito di confronto con le OO.SS., il Regolamento aziendale finalizzato a definire i requisiti di partecipazione e le modalità di svolgimento delle procedure selettive interne per le progressioni tra le aree di cui all'art. 20 del suddetto CCNL, nonché delle procedure valutative derogatorie di cui al successivo art. 21 dello stesso CCNL, in attuazione del citato art. 52, comma 1-bis, del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.

Scopo dell'Azienda è, nell'ambito di riferimento, quello di definire un sistema di mobilità verticale in grado di valorizzare le professionalità interne maturate, l'esperienza e le conoscenze già acquisite dal personale, nonché le competenze e le capacità atte a svolgere le attività di una diversa e superiore area funzionale,

mediante la programmazione di opportunità di carriera in grado di coniugare la crescita professionale del personale con le esigenze di una più ampia funzionalità dei servizi.

Le progressioni verticali si svolgono con modalità che garantiscono il rispetto dei principi di pari opportunità, di imparzialità, trasparenza, efficacia ed efficienza, il rispetto dei principi generali stabiliti dall'art. 35, comma 3, del D.Lgs. 165/2001 e delle disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia, nonché il rispetto dei vincoli di bilancio.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. n. 551 del 07/08/2024 è stata indetta la Selezione interna finalizzata alla progressione verticale tra le aree, riservata al personale dipendente della ASL n. 5 di Oristano, per n. 2 posti di Coadiutore Amministrativo senior – Area degli operatori, i cui atti sono stati ratificati, con il conferimento ai vincitori del passaggio all'Area superiore, con successiva Deliberazione n. 687 del 17/10/2024.

Si allega il Piano del Fabbisogno del Personale per triennio 2025-2027 (Allegato B).

**TRATTENIMENTO IN SERVIZIO** (art. 1, comma 165 della legge 30 dicembre 2024, n. 207).

L'articolo 1, comma 165, della legge di bilancio per il 2025, ha introdotto la possibilità, per tutte le pubbliche amministrazioni di trattenere in servizio, non oltre il compimento del settantesimo anno di età e nel limite massimo del 10 per cento delle facoltà assunzionali disponibili a legislazione vigente, il personale, dirigenziale e non dirigenziale, di cui, ad esclusiva valutazione dell'amministrazione, si renda necessario continuare ad avvalersi anche per far fronte ad attività di tutoraggio e di affiancamento ai nuovi assunti e per esigenze funzionali non diversamente assolvibili.

Il Ministero della Pubblica Amministrazione ha emanato apposite direttive in ordine all'applicazione della suddetta norma, in particolare evidenziando quanto segue:

- ai fini del ricorso all'istituto in oggetto, la base di calcolo da considerare per l'individuazione del limite massimo del 10% è quella relativa alle facoltà assunzionali "ordinarie" derivanti dal turn over e da eventuali autorizzazioni ad assumere previste da specifiche misure normative;
- la disposizione non attribuisce al lavoratore alcun diritto o automatismo al trattenimento in servizio e non ipotizza, in alcun modo, la presentazione, da parte sua, di richieste/istanze in tal senso;
- non è previsto un interpello da parte dell'Amministrazione;
- è attribuita esclusivamente alla parte "datoriale" il potere di individuare il personale di cui ritiene necessario il trattenimento in servizio;
- le esigenze organizzative possono essere quelle di attività di tutoraggio e di affiancamento ai neoassunti e quelle riconducibili ad esigenze funzionali non diversamente assolvibili, da intendersi come espletabili solamente dal personale individuato;
- il trattenimento in servizio è condizionato dalla valutazione del merito; in ragione di ciò non potranno essere trattenuti in servizio dipendenti che non abbiano conseguito una valutazione della performance ottima o eccellente (o giudizio corrispondente secondo il rispettivo ordinamento);
- il trattenimento è subordinato al consenso dell'interessato.

In coerenza con quanto previsto dalla normativa citata e dalle indicazioni fornite dal Ministero, è intendimento dell'Amministrazione previa valutazione della sussistenza e della "dimensione" delle esigenze funzionali sopra indicate, nel limite del 10% delle facoltà assunzionali, il personale a cui chiedere la disponibilità per il trattenimento in servizio.

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

La ASL 5 di Oristano 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 2025, 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.

### **FORMAZIONE DEL PERSONALE**

La formazione del personale in ambito sanitario svolge una funzione strategica, in quanto contribuisce allo sviluppo delle competenze tecniche e non tecniche, fondamentali per il miglioramento continuo della qualità.

Con Delibera del Direttore Generale dell'Ares Sardegna del 24.12.2024, n. 347, (<https://www.aressardegna.it/ap/deliberazione-del-direttore-generale-n-347-del-24-12-2024/>) è stato approvato il "Piano Annuale della Formazione Provider Ares Sardegna - Anno 2025".

L'Ares, come previsto dalla Legge regionale 11 settembre 2020 n. 24, svolge in maniera centralizzata sia le funzioni di supporto tecnico-logistico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale che le procedure di accreditamento ECM.

Le aree della formazione che Ares intende sviluppare nel corso del 2025 sono tre:

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

Il Piano formativo 2025 risulta articolato in tre sezioni:

- Formazione con Fondi Aziendali
- Formazione PNRR
- Formazione Regionale

Riguardo alla Formazione del PNRR per ASL Oristano è prevista e programmata la continuazione, anche per il 2025, dei progetti formativi in tema di rischio infettivo, con il completamento dei corsi per tutti gli operatori sanitari ospedalieri, coordinato dal Centro regionale per il Risk management e sulla sanità digitale con la formazione, presumibilmente di tutti gli operatori della sanità, a cura del Dipartimento per la Sanità Digitale di Ares Sardegna.

In seguito all'impattante carico formativo per i professionisti previsto dal PNRR, si è reso necessario anche per l'anno 2025, d'intesa con la Regione, inserire per ciascuna Azienda, nella sezione "Formazione con Fondi Aziendali" la formazione in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro e di gestione dell'emergenza urgenza e un numero limitato di progetti formativi ritenuti strategici da ciascuna Azienda del SSR.

Per ASL Oristano le tematiche strategiche individuate riguardano:

- sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale
- comunicazione, relazione e umanizzazione delle cure
- applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice.

Nella tabella che segue si riportano tutti i corsi approvati e inseriti nel Piano Annuale della Formazione di ARES per ASL Oristano:

	AZIENDA SANITARIA REGIONALE	TITOLO DEL PROGETTO FORMATIVO	TIPOLOGIA	AREA TEMATICA	PROFESSIONI SANITARIE	NUMERO DI EDIZIONI	ORE PER EDIZIONE	PARTECIPANTI PER EDIZIONE	COSTI PER EDIZIONE	COSTI CORSO
1	ASL Oristano	GESTIONE E SIMULAZIONE EMERGENZA IN AMBITO CHIRURGICO	FSC	13. Area specialità chirurgiche	SI	3	8	15	€ 4.000,00	€ 12.000,00
2	ASL Oristano	SIMULAZIONE - ACCESSI VASCOLARI ECOGUIDATI	FSC	21. Area Cardiovascolare	SI	3	12	9	€ 4.000,00	€ 12.000,00
3	ASL Oristano	TEAM TRAINING NELLA GESTIONE DEL RISCHIO - NON TECHNICAL SKILLS	FSC	1. Area comunicazione e relazione	SI	7	8	15	€ 3.000,00	€ 21.000,00
4	ASL Oristano	ALS (ADVANCED LIFE SUPPORT)	RES	17. Area emergenza ed urgenza	SI	4	20	15	€ 6.000,00	€ 24.000,00
5	ASL Oristano	BLSD SANITARI	RES	17. Area emergenza ed urgenza	SI	15	5	20	€ 1.500,00	€ 22.500,00
6	ASL Oristano	GESTIONE DELLE VIE AEREE DIFFICILI	RES	17. Area emergenza ed urgenza	SI	4	12	20	€ 3.000,00	€ 12.000,00
7	ASL Oristano	MAXIEMERGENZA OSPEDALIERA	RES	17. Area emergenza ed urgenza	SI	4	18	50	€ 5.000,00	€ 20.000,00
8	ASL Oristano	T.T.T.P. TOTAL TRAINING TRAUMA PACKAGE	RES	17. Area emergenza ed urgenza	SI	4	20	6	€ 5.000,00	€ 20.000,00
9	ASL Oristano	CORSO DI ADDESTRAMENTO PER LA MOVIMENTAZIONE CORRETTA DEI PAZIENTI E DEI CARICHI (6 ORE)	RES	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	SI	16	6	35	€ 1.500,00	€ 24.000,00
10	ASL Oristano	CORSO DI FORMAZIONE SULLA RADIOPROTEZIONE - DLGS 101/2020 E S.M.I. 4 ORE	RES	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	SI	2	4	35	€ 1.000,00	€ 2.000,00
11	ASL Oristano	AGGIORNAMENTO IN TEMA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE A 7 ANNI DALLA LEGGE GELLI-BIANCO	RES	18. Area igiene e sanità pubblica	SI	2	8	50	€ 3.000,00	€ 6.000,00

Sempre nel PAF di ARES Sardegna sono esplicitate le seguenti tipologie formative:

- Formazione residenziale interattiva e in videoconferenza sincrona (RES)
- Formazione sul campo (FSC)
- Formazione a distanza (FAD) asincrona

ASL Oristano punta e lo farà possibilmente sempre di più in futuro all'apprendimento sul campo attraverso la simulazione avanzata per la formazione sulle competenze tecniche e non tecniche dei propri operatori sanitari.

Infatti, la formazione attraverso la simulazione consente l'apprendimento di manovre e procedure assistenziali in situazioni molto simili alla realtà, anche delle emergenze, in ambiente sicuro ed efficace.

L'impegno della ASL in continuità con quanto svolto nei due anni precedenti è rivolto anche alla formazione continua della rete aziendale dei facilitatori del rischio clinico e della qualità, attraverso workshop aziendali e aggiornamenti monotematici sulle varie metodologie di gestione del rischio clinico, sia proattive che reattive.

ASL Oristano, inoltre, è diventata dal 2024 socio ordinario del Centro Ricerche e Studi sul Management Sanitario (CERISMAS) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Questo consentirà all'Azienda di avviare progetti di comunità di pratica professionale e benchmarking con altre aziende sanitarie di rilievo nazionale, e di usufruire di un catalogo formativo di corsi elective basati sui canoni dell'action learning. Lo scopo di questi corsi di alta formazione è quello di promuovere l'impiego degli strumenti manageriali a supporto dei processi clinico-assistenziali.

Nella tabella che segue si riportano le aree tematiche strategiche individuate e il numero di corsi prescelti per ciascuna area.

<b>AREA TEMATICA STRATEGICA</b>	<b>N. CORSI PREVISTI PER AREA</b>
Clinical governance and operational excellence	3
Gestione del cambiamento	2
Management della prossimità	1
Misurazione e governo della performance	1
Valutazione e sviluppo del personale	1

La disponibilità di persone formate e dotate di competenze adeguate si traduce nella possibilità di programmare ed erogare servizi alla cittadinanza adeguati alle attese. Inoltre, lo sviluppo delle competenze del personale dipendente, garantisce un clima di benessere individuale e organizzativo perché bilancia le aspettative dell'azienda con il contributo che il personale è capace di dare.

Su tale materia i principali ambiti in cui è necessario avanzare un miglioramento:

- processo di programmazione, erogazione e monitoraggio degli interventi formativi in collaborazione con ARES;
- maggiore capillarità nel raggiungere tutto il personale aziendale

Il 2025 rappresenterà tuttavia un anno di transizione che porrà le basi per avviare le azioni di miglioramento sopra descritte e che sarà dedicato all'erogazione dei contenuti esistenti nel Piano della Formazione 2025 (PAF) già adottato.

Si evidenzia tuttavia che oltre ai fabbisogni formativi e alle iniziative progettuali di particolare rilevanza per l'Amministrazione contenuti nel PAF, come ogni anno anche nel 2025 continueranno ad essere oggetto di sviluppo:

- la definizione e l'erogazione della formazione in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
- la definizione e l'erogazione della formazione in materia di prevenzione della corruzione
- la definizione e l'erogazione della formazione in materia di etica, trasparenza e integrità
- la definizione e l'erogazione della formazione in materia di lavoro agile
- la definizione e l'erogazione di formazione sulle competenze digitali, anche tramite piattaforma Syllabus, così come definita dalle Direttive del Ministero della Pubblica Amministrazione.

Questa Amministrazione, considerate le criticità presenti e nel rispetto delle competenze assegnate ad ARES, intende adoperarsi per attuare progressivamente quanto indicato nella direttiva del 16.01.2025 del Ministro per la Pubblica Amministrazione in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano.

Gli obiettivi formativi per il biennio 2026-2027, oltre a proporre percorsi di carattere specialistico e di sviluppo delle competenze tecniche, tenderanno ad ottenere la completa alfabetizzazione digitale e lo sviluppo delle competenze trasversali e manageriali. Si proseguirà quindi con gli obiettivi per l'acquisizione di competenze relative ai valori e ai principi di una moderna pubblica amministrazione improntata all'inclusione, all'etica, all'integrità, alla sicurezza e alla trasparenza (parità di genere, contrasto alla violenza, privacy, prevenzione della corruzione, salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, trasparenza e integrità), si accrescerà sempre più la formazione che mira ad ampliare le competenze per l'attuazione delle transizioni amministrativa, digitale e ecologica, e saranno avviati corsi per acquisire competenze di leadership e soft skill.

A supporto di tale progetto dovranno pertanto essere definiti e approvati i criteri e le tipologie di prodotti formativi che costituiranno il nucleo minimo garantito (da scegliersi tra quelli obbligatori e quelli consigliati) e individuati gli strumenti a supporto della formazione quali ad esempio piattaforme e portali per l'erogazione di corsi asincroni, piuttosto che strumenti a supporto per la formazione residenziale interattiva e in videoconferenza sincrona o sul campo. Tale attività dovrà essere svolta in sinergia con l'Azienda Regionale per la Salute competente per materia.

#### **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 ciclo di gestione del rischio si completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia delle misure operative e della politica della ASL di prevenzione dei fenomeni corruttivi definite nel Piano.

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 OIV nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

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 infra annuale (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 progresso anno 2024.

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.*

Costituiscono ulteriori di monitoraggio i dati annuali quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari, predisposti e trasmessi dall'Ufficio per i procedimenti disciplinari per il 2024, anche se l'Ufficio è ancora ex ATS Sardegna zona centro e dall'URP aziendale sui reclami e segnalazioni ricevuti.

Sulla base delle risultanze e della valutazione dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente ricevuti, quali per esempio tramite piattaforma o procedura whistleblowing, il RPCT predispone la propria Relazione annuale, curando la trasmissione alla Direzione Generale e all'OIV e la pubblicazione sul sito internet aziendale entro la data stabilita dall'ANAC.

Quindi tutte le risultanze del monitoraggio, comprensive delle singole relazioni semestrali e delle criticità emerse vengono riportate nell'ambito della Relazione annuale 2025.

Attualmente non vi è la possibilità di avvalersi di strumenti e procedure digitalizzate, idonei a facilitare l'attività di monitoraggio, tranne che con il Registro di Accesso agli Atti. 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, 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", anche tramite un modulo proposte, all'uopo predisposto, unitamente all'informativa sul trattamento dei dati personali.