

# **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O)**

## **2023-2025**

## Sommario

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELLA AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE OGLIASTRA .....	4
<b>1.1. Dati identificativi dell'azienda</b> .....	4
<b>1.2. Missione e visione</b> .....	5
<b>1.3. Analisi del contesto esterno</b> .....	6
<b>1.4. Analisi del contesto interno</b> .....	11
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....	13
<b>2.1 Valore pubblico</b> .....	13
<b>2.2 Performance</b> .....	16
<b>2.3 Rischi corruttivi e trasparenza</b> .....	31
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	51
<b>3.1. Organizzazione lavoro agile</b> .....	53
<b>3.2. Piano triennale dei fabbisogni di personale</b> .....	55
SEZIONE 4. MONITORAGGIO .....	56

### ALLEGATI

Allegato 1 - Misurazione del rischio;

Allegato 2 - Tabella rischi e misure di prevenzione;

Allegato 3 - Elenco Obblighi di pubblicazione;

Allegato 4 - Informativa Pantouflage;

Allegato 5 - Normativa di riferimento;

Allegato 6 - Piano triennale del fabbisogno del personale;

Allegato 7 - Piano formativo 2023 – ASL Ogliastra.

## **PREMESSA**

Uno dei principali temi ricorrenti negli ultimi decenni, come ampiamente ribadito nel PNRR, è la centralità della semplificazione amministrativa e normativa per il rilancio del tessuto economico del nostro Paese.

In questo contesto si sono susseguiti diversi interventi normativi e ambiziosi progetti di riforma della pubblica amministrazione con l'obiettivo di avviare una marcata sburocratizzazione per ridurre i costi e i tempi. Tra le innovazioni di semplificazione si inserisce senz'altro l'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, in breve P.I.A.O., introdotto con l'articolo 6 del Decreto Reclutamento (D.L. 80/2021) e convertito con la Legge 113/2021.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è lo strumento di programmazione integrata che, attraverso le strategie per la creazione di valore pubblico, la gestione delle Performance, l'attuazione delle misure di Prevenzione della corruzione e lo sviluppo della salute organizzativa e professionale, consente di perseguire in maniera organica le politiche pubbliche dell'Amministrazione, superando la molteplicità e la conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso.

Pertanto, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e in particolare del D.Lgs n. 150/2009 e della L. n. 190/2012, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) deve essere obbligatoriamente adottato dalle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, D.Lgs. 165/2001 con più di cinquanta dipendenti, come unico documento di programmazione e governance.

La scrivente Azienda, precisa che l'attuale Piano – concernente gli anni 2023-2025 - viene predisposto secondo le linee guida indicate nel D.M. n.132/2022 avente ad oggetto "*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*".

## SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELLA AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE OGLIASTRA

### 1.1. Dati identificativi dell'azienda

L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra è stata costituita dalla Legge Regionale n. 24/2020 con decorrenza dal 1 Gennaio 2022, ed è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione.

L'Azienda è parte integrante del sistema del Servizio Sanitario della Regione Sardegna e del sistema del SSN.

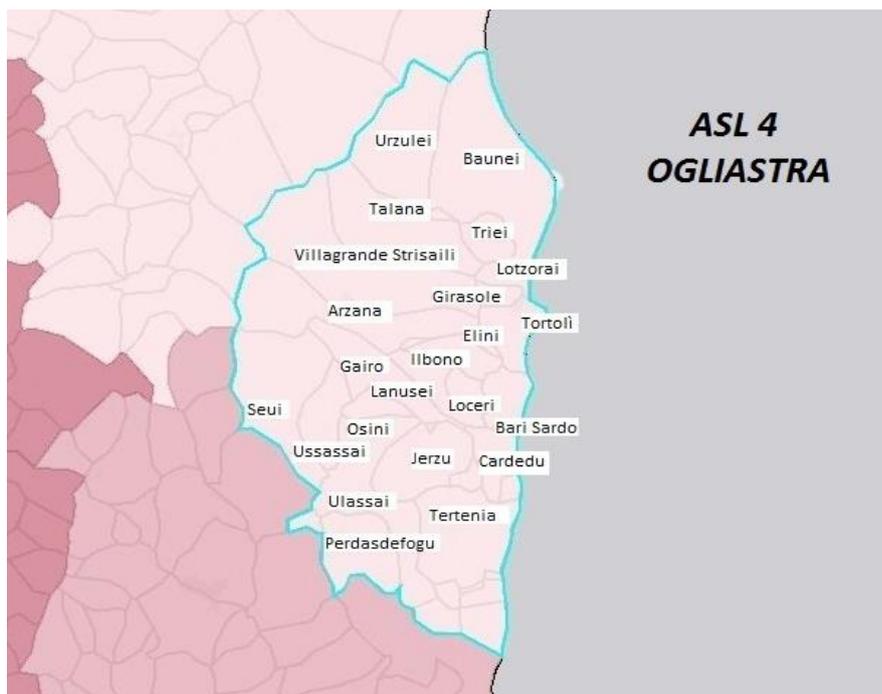
L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra ha la sede legale in Lanusei, via Piscinas 5 e codice fiscale/partita IVA 01620420917.

Il sito web ufficiale dell'Azienda è <https://www.aslogliastra.it>. Ai sensi della normativa vigente l'albo on line sostituisce a tutti gli effetti l'albo pretorio cartaceo ai fini della pubblicità legale.

In conformità agli indirizzi della RAS il logo ufficiale dell'Azienda è individuato apponendo al logo del Servizio Sanitario Regionale, unico per l'intero Servizio, il nome dell'Azienda e risulta il seguente



L'Azienda rappresenta l'ambito territoriale dell'Ogliastra che si estende per circa 1854 chilometri quadrati e comprende 23 comuni: Arzana, Bari Sardo, Baunei, Cardedu, Elini, Gairo, Girasole, Ilbono, Jerzu, Lanusei, Loceri, Lotzorai, Osini, Perdasdefogu, Seui, Talana, Tertenia, Tortoli, Triei, Ulassai, Urzulei, Ussassai, Villagrande Strisaili.



Fonte: rielaborazione mappa Sistema Informativo geografico dell'Istat (Gistat)

## 1.2. Missione e visione

L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale per consentire la migliore qualità di vita possibile garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

L'Azienda soddisfa i bisogni e le aspettative di salute direttamente o tramite l'acquisto di prestazioni e servizi garantendo l'universalità ed equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana e garanzia di sicurezza.

L'Azienda ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Sanitario Regionale impiegando le risorse ad essa assegnate in modo efficiente al fine di favorire lo sviluppo di modalità operative innovative che, così come delineato dai documenti di programmazione regionale, permettano una reale svolta nella presa in carico globale della persona e della sua famiglia nei diversi contesti Socio-Sanitari.

La visione dell'Azienda consiste nell'essere e voler esser parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. La risposta ai bisogni di salute non può prescindere da una continua riprogettazione delle modalità di offerta e di erogazione dei servizi da realizzare anche attraverso la definizione di percorsi assistenziali innovativi finalizzati a garantire la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi e un utilizzo appropriato ed equo delle risorse.

In particolare, l'Asl Ogliastra, si impegna a:

- garantire un'erogazione omogenea dei LEA su tutto il territorio, salvaguardando le specificità del territorio ogliastrino;
- sviluppare la rete dell'assistenza territoriale, utilizzando un approccio multidisciplinare e interdisciplinare che garantisca l'integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure;
- definire un sistema di offerta commisurata ai bisogni della popolazione per fornire assistenza e servizi con risposte tempestive ed appropriate per la salute dei cittadini;
- potenziare la promozione della salute e la prevenzione collettiva secondo una logica di integrazione tra Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Distretto, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e tutte le Strutture a diverso titolo coinvolte nella tutela della salute pubblica, secondo le linee di indirizzo della programmazione regionale;
- favorire il modello Socio-sanitario integrato nelle due componenti assistenziali fondamentali per la tutela della salute nella sua globalità e potenziare la rete assistenziale territoriale consolidando il ruolo del Distretto, mettendo in rete il sistema sotto il profilo tecnologico, potenziando le

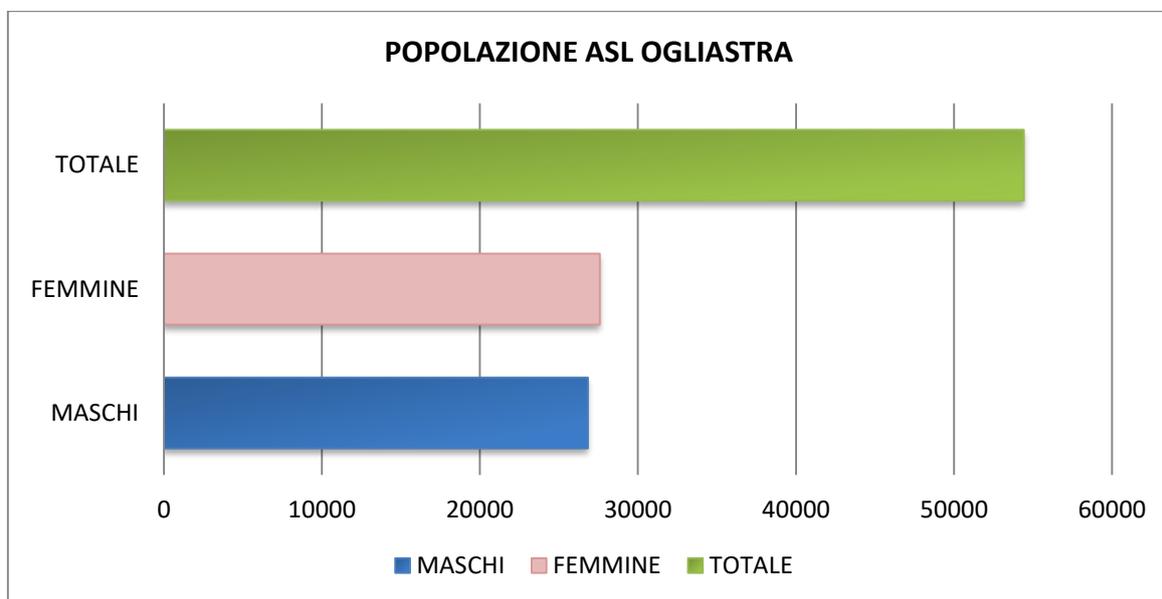
strumentazioni informatiche e telematiche con la finalità di favorire e accompagnare il progresso delle conoscenze in medicina e dei relativi modelli organizzativi;

- incrementare i rapporti con gli attori della società civile al fine di favorire la coesione sociale e il coinvolgimento attivo dei cittadini, valorizzando la collaborazione con il volontariato, gli interlocutori istituzionali e privati, le Università e gli istituti di ricerca e le altre aziende del Servizio Sanitario regionale.

### 1.3. Analisi del contesto esterno

L'Ogliastra si pone come una delle aree a più bassa antropizzazione dove l'ambiente si è preservato più che in altre parti della Sardegna a causa soprattutto della difficoltà dei collegamenti.

La popolazione del territorio di competenza della Asl 4 Ogliastra al 01.01.2022 ammonta a 54.421 residenti di cui 27.585 femmine e 26.836 maschi (-753 rispetto all'anno precedente). L'area si estende per 1.855 km<sup>2</sup> con una densità di popolazione pari a 29,35 abitanti per km<sup>2</sup> e corrisponde al 3,42% del territorio Regionale. Tuttavia all'interno dell'area vi sono forti disomogeneità e se si considerano solo i comuni costieri l'indice di densità demografica sale notevolmente. Infatti nei comuni costieri, a fronte di un territorio pari a circa il 30% dell'Ogliastra, risiede circa il 50% della popolazione.

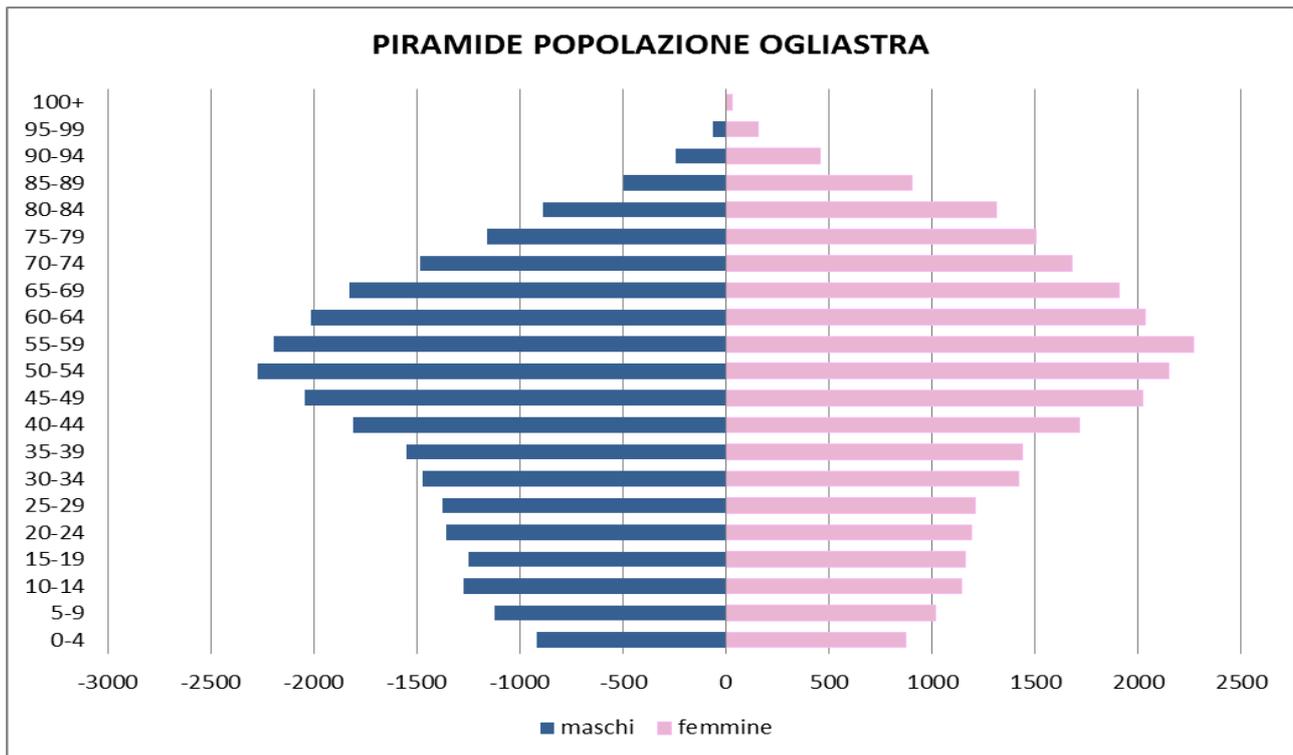


Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2022

COMUNE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE POPOLAZIONE	km <sup>2</sup>	DENSITÀ 01/01/22
Arzana	1138	1117	2255	162,6	13,87
Bari Sardo	1844	1986	3830	37,53	102,05
Baunei	1692	1750	3442	216,5	15,90
Cardedu	941	982	1923	32,33	59,48
Elini	279	280	559	10,9	51,28
Gairo	644	649	1293	78,46	16,48
Girasole	655	671	1326	12,98	102,16
Ilbono	962	1015	1977	30,91	63,96
Jerzu	1495	1539	3034	102,6	29,57
Lanusei	2505	2559	5064	53,38	94,87
Loceri	615	657	1272	19,31	65,87
Lotzorai	1002	1091	2093	16,84	124,29
Osini	381	344	725	39,68	18,27
Perdasdefogu	877	874	1751	77,73	22,53
Seui	594	584	1178	148,2	7,95
Talana	464	499	963	117,9	8,17
Tertenia	1878	1923	3801	117,8	32,27
Tortoli <sup>1</sup>	5395	5591	10986	39,97	274,86
Triei	531	516	1047	28,54	36,69
Ulassai	661	708	1369	122,1	11,21
Urzulei	558	556	1114	129,9	8,58
Ussassai	241	231	472	47,3	9,98
Villagrande Strisaili	1484	1463	2947	210,8	13,98
<b>TOTALI</b>	<b>26836</b>	<b>27585</b>	<b>54421</b>	<b>1854,26</b>	<b>29,35</b>

Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2022

L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. La bassa numerosità delle classi di età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento dovuto a diversi fattori socio economici e conferma un forte invecchiamento della popolazione, in particolare di quella femminile. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali dai 40 ai 69 anni, in particolare quella dai 50 ai 59 anni.



Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2022

Il territorio è caratterizzato da un alto indice di vecchiaia che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione ed è espresso dal rapporto tra la popolazione  $\geq 65$  anni e la popolazione di età 0-14 anni moltiplicato per 100, alla data del 01.01.2022 è pari 222,18.

L'indice di vecchiaia della popolazione, che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione ed è espresso dal rapporto tra la popolazione  $\geq 65$  anni e la popolazione di età 0-14 anni moltiplicato per 100, alla data del 01.01.2022 è pari 222,18.

L'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva su quella attiva e che è dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, ed è quindi importante nella scelta delle politiche sociali, alla data del 01.01.2022 presenta un valore pari al 60,27%. Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente.

Lo sviluppo turistico ha introdotto una ulteriore variabile nella organizzazione dei servizi sanitari dovuta all'incremento della popolazione durante i mesi estivi e di conseguenza a una maggiore richiesta della domanda di servizi. L'analisi dell'offerta dei servizi evidenzia un netto incremento delle prestazioni durante il periodo maggio-settembre.

La mortalità per cause di morte rappresenta un indicatore fondamentale per analizzare lo stato di salute della popolazione.

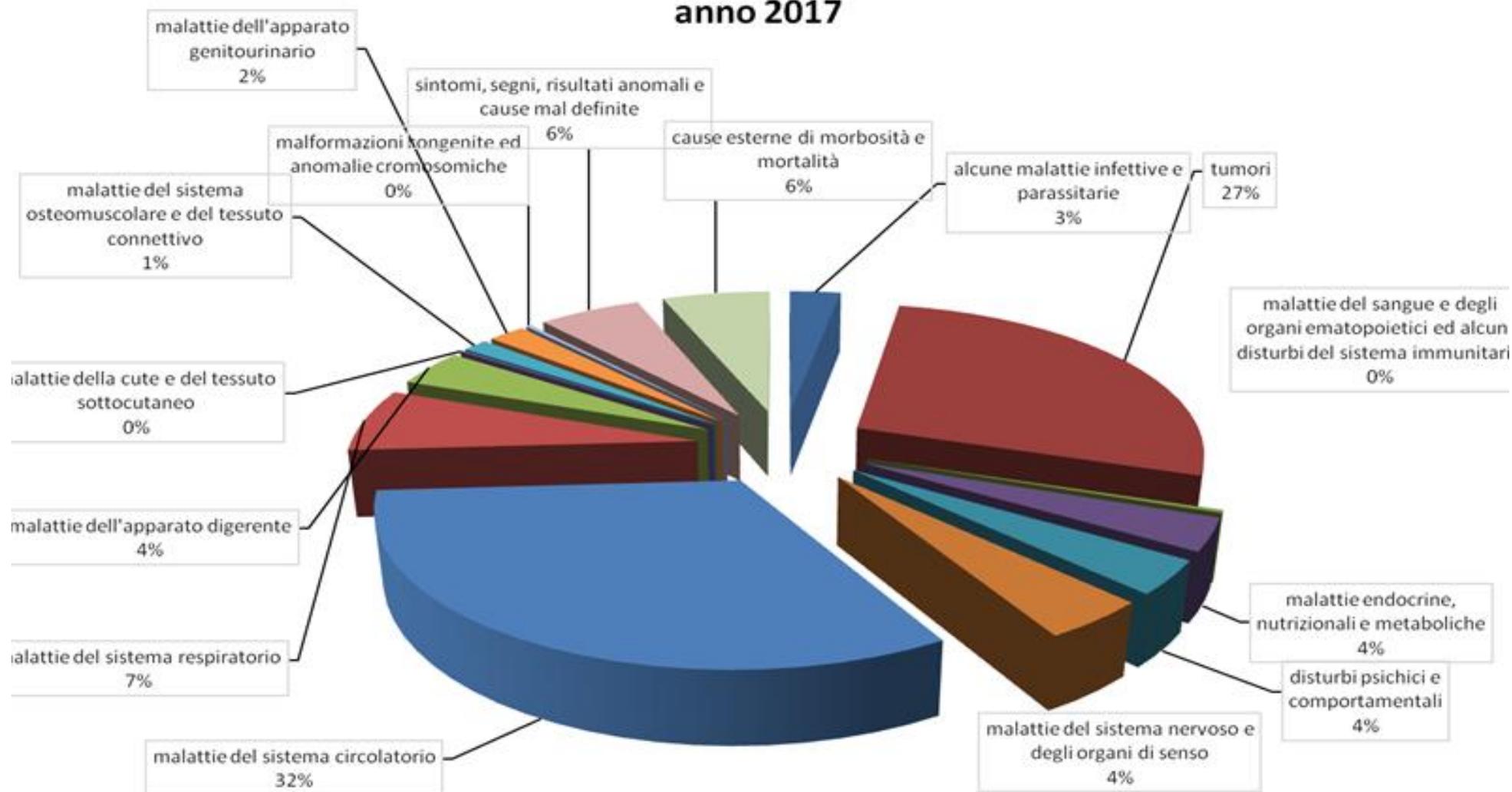
Si riportano nella tabella seguente le cause di morte nei comuni dell'Ogliastro nel triennio 2015/2017

CAUSE DI MORTE	MORTI 2017	QUOZIENTE DI MORTALITA' 2017	MORTI 2016	QUOZIENTE DI MORTALITA' 2016	MORTI 2015	QUOZIENTE DI MORTALITA' 2015
alcune malattie infettive e parassitarie	18	3%	18	3%	21	3%
tumori	176	27%	168	30%	167	27%
malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	2	0%	2	0%	7	1%
malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	22	3%	23	4%	29	5%
disturbi psichici e comportamentali	23	4%	24	4%	20	3%
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	27	4%	15	3%	22	4%
malattie del sistema circolatorio	208	32%	187	33%	202	32%
malattie del sistema respiratorio	43	7%	34	6%	58	9%
malattie dell'apparato digerente	25	4%	34	6%	22	4%
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1	0%	1	0%	0	0%
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	9	1%	4	1%	5	1%
malattie dell'apparato genitourinario	13	2%	7	1%	11	2%
malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	2	0%	1	0%	1	0%
sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	36	6%	23	4%	22	4%
cause esterne di morbosità e mortalità	38	6%	26	5%	35	6%
<b>TOTALE</b>	<b>643</b>	<b>100%</b>	<b>567</b>	<b>100%</b>	<b>622</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione dati Rencam 2015/2017

Come evidenziato nel grafico seguente la principale causa di morte nei 23 comuni dell'Ogliastra è data dalle malattie del sistema circolatorio (32%) seguito da tumori (23%) e malattie del sistema respiratorio (7%).

## mortalità per cause anno 2017



#### **1.4. Analisi del contesto interno**

L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 Ogliastra eroga i servizi sanitari nel territorio di propria competenza attraverso le strutture pubbliche dell'assistenza collettiva, territoriale ed ospedaliera e tramite le strutture private convenzionate.

L'assistenza collettiva svolge principalmente le seguenti attività:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

L'assistenza territoriale è garantita dal Distretto di Tortolì e dal Dipartimento di Salute Mentale.

Il Distretto si configura, quale centro di riferimento cui affluiscono le istanze sanitarie e sociosanitarie della comunità e luogo in cui si garantisce la ricomposizione dell'offerta degli interventi secondo principi di equità, efficienza e appropriatezza in relazione alle risorse assegnate dalla Direzione Generale.

L'assistenza distrettuale è l'insieme delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, semi-residenziale o residenziale.

Le attività sono erogate nel territorio e comprendono, in via indicativa:

- attività svolta dai Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dei medici di Continuità Assistenziale;
- emergenza sanitaria territoriale (in raccordo con l'attività di pertinenza dell'AREUS secondo le disposizioni regionali in merito);
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza protesica;
- attività e servizi di assistenza domiciliare;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività e servizi del consultorio per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività e servizi per le persone disabili adulte e anziane;

- attività e servizi per le patologie da HIV;
- attività e servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita;
- assistenza psicologica;
- medicina scolastica;
- educazione sanitaria e tutela della salute collettiva in stretto coordinamento con il competente Dipartimento di Prevenzione;
- sanità penitenziaria.

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), è la struttura operativa preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze ed all'organizzazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute mentale delle persone in coerenza con la programmazione strategica regionale sulla salute mentale.

L'assistenza ospedaliera è garantita dal Presidio Nostra Signora della Mercede di Lanusei e dalla Casa di Cura Tommasini di Jerzu. Il presidio di Lanusei offre assistenza in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, day service con 117 posti letto complessivi.

Posti letto Presidio Ospedaliero

DISCIPLINA	POSTI LETTO			
	DEGENZE ORDINARIE	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	TOTALE
Cardiologia	7	1		8
Chirurgia generale	24		2	26
Medicina generale	28	3		31
Nefrologia	2			2
Nido	6			6
Ortopedia e traumatologia	10		1	11
Ostetricia e ginecologia	14		2	16
Pediatria	5	2		7
Terapia intensiva	4			4
Unità coronarica	4			4
Terapia semintensiva	2			2
<b>TOTALE</b>	<b>106</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>117</b>

Fonte HSP12 anno 2022

La Casa di Cura Tommasini offre assistenza in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, day service con 66 posti letto complessivi.

Posti letto struttura privata convenzionata

DISCIPLINA	POSTI LETTO			
	DEGENZE ORDINARIE	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	TOTALE
Day surgery	—	—	8	8
Medicina generale	10	2	0	12

Recupero e riabilitazione funzionale	10	4	0	<b>14</b>
Lungodegenti	20	0	0	<b>20</b>
Geriatrics	10	2	0	<b>12</b>
<b>TOTALE</b>	<b>50</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>66</b>

Fonte HSP13 anno 2022

## SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 Valore pubblico

Negli ultimi decenni è iniziato un percorso di progressiva trasformazione della Pubblica Amministrazione al fine di perseguire un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle azioni svolte mediante una semplificazione del sistema grazie alla introduzione di tecnologie moderne, alla digitalizzazione, a misure di trasparenza e anticorruzione, a sistemi di partecipazione dei cittadini, ad una sempre maggiore attenzione al concetto di "valore pubblico".

Per Valore Pubblico si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica rispetto ad un livello di partenza. La Pubblica Amministrazione crea Valore Pubblico quando riesce a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholders in generale) e del contesto aziendale originando un accrescimento del benessere. La Pubblica amministrazione crea Valore infatti se consegue congiuntamente un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni (economico-sociale-ambientale-salute) e interni attraverso percorsi di valorizzazione dei dipendenti e sviluppo delle capacità di integrazione e coordinamento (salute dell'ente).

La Asl Ogliastra, in linea con la missione aziendale e con i fondamenti che caratterizzano la propria visione, intende migliorare progressivamente il *Valore pubblico* promuovendo, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, strategie positive integrate finalizzate a migliorare la performance complessiva e produrre effetti principalmente nella dimensione afferente al benessere socio-sanitario degli utenti e congiuntamente sullo stato di salute interno. L'Azienda riconosce la centralità del cittadino in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta, all'organizzazione dei servizi e allo sviluppo di un sistema di analisi del livello di soddisfazione. La centralità delle persone e dei loro bisogni costituiscono il riferimento per articolare le funzioni gestionali in stretta relazione ai processi assistenziali. La valorizzazione delle professionalità di tutti gli operatori, non solo intesa in senso tecnico, ma anche come capacità di interagire con i pazienti e i colleghi è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni. Le risorse umane, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza dell'organizzazione ed il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione stessa.

Degli studi hanno evidenziato che il concetto di Valore Pubblico dovrebbe guidare quello della performance dell'Ente, divenendone la stella polare sia in fase di programmazione che di misurazione e di valutazione e

ponendosi, quindi, come una sorta di “meta-indicatore” o “performance delle performance”. Il Valore Pubblico, infine, è il risultato di un processo progettato, governato e controllato che richiede l’adozione di strumenti specifici, a partire dal cambiamento degli assetti interni per giungere agli strumenti di interazione strutturata con le entità esterne all’Amministrazione.

Per accrescere il Valore Pubblico le pubbliche amministrazioni dovrebbero essere condotte secondo modelli di Public Value Governance che aggiunge nuove dimensioni rispetto a quelle di efficacia, efficienza ed economicità, come l’equità, la trasparenza, il rispetto dell’etica, il miglioramento continuo della qualità, l’accountability, ossia la capacità di render conto ai diversi portatori di interesse.

Il modello PVG è rappresentato tramite la “**Piramide del Valore Pubblico**” che consente di governare i flussi di creazione del valore tramite la manovra coordinata degli indicatori contenuti nei vari livelli e nelle varie dimensioni delle performance.



Nell’ambito dell’area della sanità pubblica e delle promozione della salute umana è fondamentale porre in essere gli strumenti organizzativi necessari per assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespressa, della popolazione, la sorveglianza epidemiologica al fine di adottare interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad esempio promuovendo l’adozione di corretti stili di vita e, a livello della collettività, migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti. Obiettivo prioritario è quello di ridurre le principali cause di morte, tra le quali la mortalità per tumore, seconda causa di morte in Ogliastra, dopo le malattie del sistema circolatorio.

La Sanità Pubblica Veterinaria sarà particolarmente impegnata nel contrasto alle malattie infettive, specie alle zoonosi, e a quelle che determinano allarme sociale e impatto negativo sul comparto agro-zootecnico

dell'Isola. Tra queste assumono particolare importanza la Blue Tongue, la Peste Suina Africana e la Tuberculosis Bovina. Sono quindi obiettivi strategici da mantenere nel triennio ottenere o mantenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da tubercolosi, garantire la salute degli animali attraverso l'attività di eradicazione della peste suina.

Obiettivi prioritari nell'assistenza territoriale saranno quelli volti ad un miglioramento dell'assistenza negli anziani ed in carcere, nella prevenzione del suicidio e delle patologie legate alle dipendenze.

Nell'aria ospedaliera obiettivo prioritario sarà quello di migliorare l'appropriatezza del setting assistenziale, la riduzione del tasso di ospedalizzazione e l'umanizzazione delle cure.

Una particolare attenzione dovrà essere riservata alla soddisfazione sia del cittadino sia del dipendente.

Infine un fondamentale obiettivo da conseguire, alla luce dell'attuale crisi energetica internazionale, è quello di contribuire al risparmio energetico mediante l'adozione di misure volte alla sensibilizzazione del personale sull'uso intelligente e razionale dell'energia e all'adozione di un piano d'azione per la riduzione dei consumi energetici.

Si riportano i principali obiettivi di valore pubblico che l'azienda intende perseguire:

VALORE PUBBLICO		
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Prevenzione tumori e potenziamento screening	Tasso di mortalità per tumore	riduzione tasso %
Migliorare le abitudini e gli stili di vita mediante identificazione aree critiche e adozione di azioni correttive	Indicatori su corretti stili di vita (sedentarietà – fumo - alcool)	miglioramento indicatori
Identificazione e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie	Adesione al sistema Passi e Passi d'Argento	incremento adesione
	Contribuire al consolidamento del registro tumori	alimentazione tempestiva del sistema Rencam
	Adesione al Sistema Okkio 2023	adesione al sistema di sorveglianza
Riduzione del rischio per malattie infettive e diffuse nell'uomo e negli animali	% di zoonosi	ottenimento/mantenimento qualifica indenne
Ridurre infortuni sul lavoro	% infortuni per comparto di produzione	riduzione tasso %
Tutela patrimonio zootecnico	% allevamenti indenni per brucellosi/tubercolosi/peste suina	ottenimento/mantenimento qualifica indenne
Miglioramento delle cure domiciliari per anziani > 65 anni	% anziani in ADI	≥ 4%
Miglioramento delle condizioni di vita in carcere	% pazienti assistiti	incremento %
	% pazienti inseriti in progetti riabilitativi	incremento %
Riduzione delle patologie legate alle dipendenze	% dipendenze da sostanze	riduzione tasso %
	% dipendenze da gioco	riduzione tasso %
Miglioramento immagine azienda nel territorio	% soddisfazione utenti per livello di servizio	miglioramento soddisfazione utenti
Sviluppo della prevenzione del suicidio	% suicidi	riduzione tasso %
Riduzione tasso di ospedalizzazione	Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti	< = 160

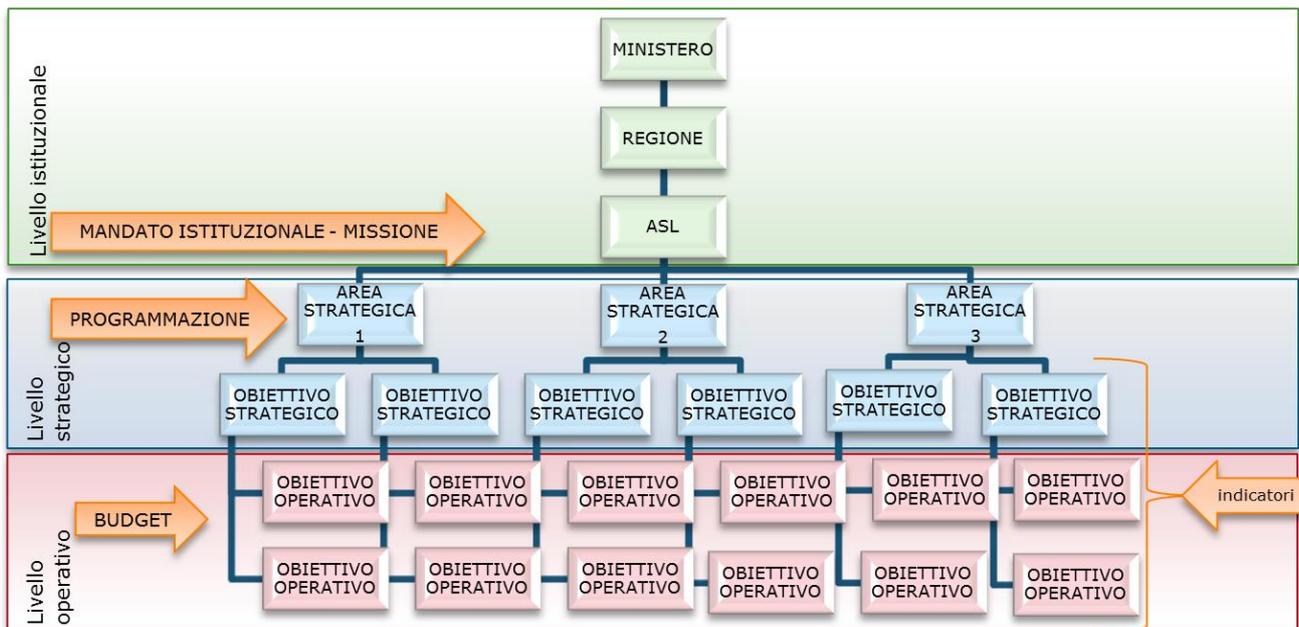
VALORE PUBBLICO		
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
	Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti	≤ 160
	Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti	≤ 160
Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	Indicatori del treemap del PNE	miglioramento indicatori
	Indicatori della griglia LEA	miglioramento indicatori
Valorizzare e sviluppare le risorse umane e le loro competenze	Adozione e potenziamento di sistemi di valorizzazione del merito e delle competenze	migliorare il grado di soddisfazione interno
Adottare misure di efficientamento energetico	Corsi di formazione effettuati / corsi programmati e sensibilizzazione del personale sull'uso intelligente e razionale dell'energia	si
	Approvazione di un piano d'azione per la riduzione della spesa energetica	approvazione piano

Al fine di raggiungere tali obiettivi di valore pubblico l'Azienda intende adottare degli obiettivi di performance individuati nella successiva sezione "performance".

## 2.2 Performance

La performance, come definita dalla deliberazione della CIVIT (oggi ANAC) n. 89/2010, è "il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita".

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta in modo sintetico e completo la performance dell'amministrazione illustrando i legami tra mandato istituzionale, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi come rappresentato nel grafico seguente.



Il mandato istituzionale e la missione sono articolati in aree strategiche. Le aree strategiche sono articolare secondo il criterio dell'outcome per cui solitamente sono trasversali a più unità organizzative.

Per ciascuna area strategica sono definiti gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi a cui sono associati uno o più indicatori.

La presente sezione presenta gli indirizzi strategici generali e gli obiettivi che la ASL Ogliastra intende conseguire nel triennio al fine di soddisfare i bisogni di salute della popolazione con riferimento alle dimensioni ed alle aree strategiche precedentemente indicate.

L'azienda sanitaria mediante una analisi dello stato di salute del contesto esterno definisce le esigenze del proprio territorio e sulla base delle risorse disponibili definisce le linee strategiche prioritarie di intervento al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza. Le caratteristiche territoriali che maggiormente incidono sui bisogni di salute sono rappresentati dal progressivo incremento della speranza di vita attesa alla nascita registratasi negli ultimi anni, dal progressivo invecchiamento della popolazione, unitamente al calo della natalità, che determinano un maggior peso sul sistema sanitario e infine una elevata incidenza di patologie croniche, in particolare per quanto riguarda l'Ogliastra, delle malattie dell'apparato cardio-circolatorio, delle malattie oncologiche e delle malattie metaboliche.

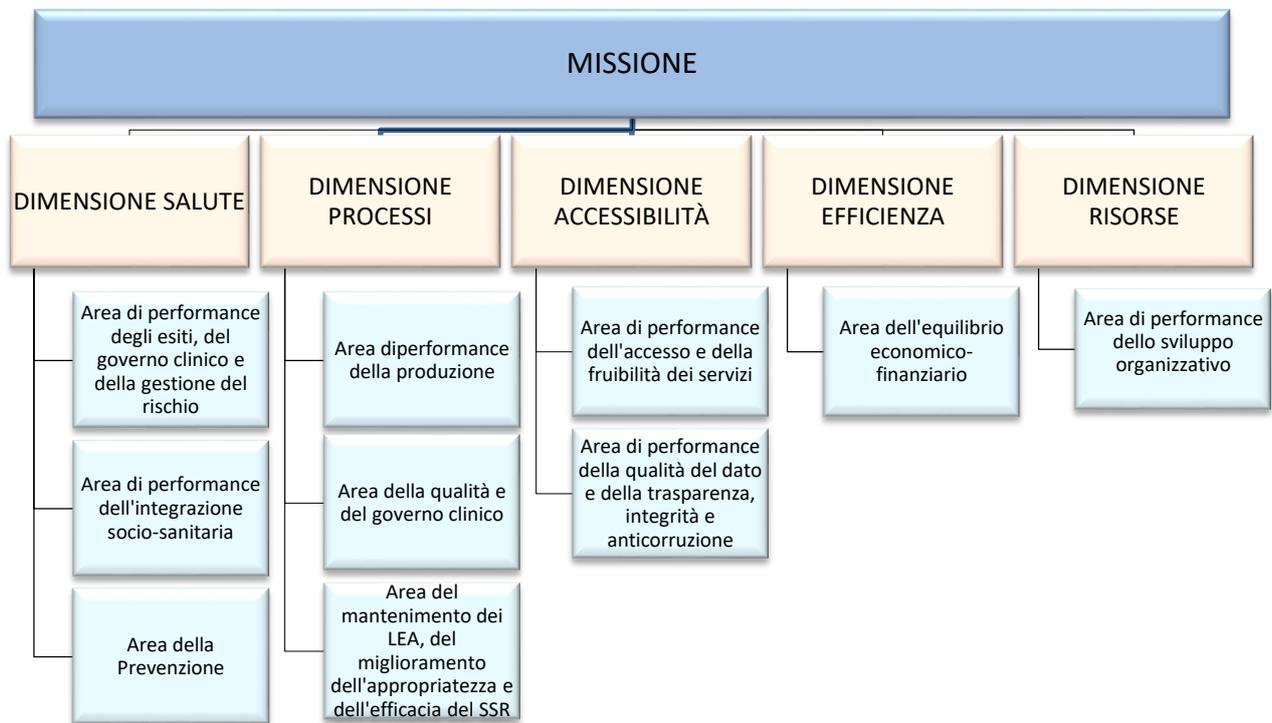
L'individuazione degli obiettivi strategici è stata effettuata altresì sulla base del Piano Sanitario Nazionale e Regionale, dalle indicazioni operative del Dipartimento delle Funzione Pubblica in materia di PIAO, in particolare di quelle in materia di efficientamento energetico (circolare DFP 2/2022), del Piano Regionale della Prevenzione 2020/2025, delle Direttive di programmazione e rendicontazione per le Aziende Sanitarie approvate dalla Giunta Regionale, degli Obiettivi dei Direttori Generali delle aziende sanitarie della RAS e

degli indirizzi regionali in materia ed infine del Piano Sanitario triennale 2023/2025 adottato dalla ASL Ogliastra e del Atto Aziendale della ASL Ogliastra. Un ultimo aspetto da considerare unitamente al contesto esterno, è anche il contesto interno e l'offerta di prestazioni e servizi offerti tenuto conto che è ancora in corso la ripresa dell'attività, a seguito di una drastica riduzione nel corso del 2020 e parte del 2021 a causa della pandemia covid.

Si possono individuare diverse aree strategiche riportate raggruppate in 5 dimensioni di performance riportate nel grafico seguente:



All'interno delle dimensioni è possibile individuare le seguenti aree strategiche:



## DIMENSIONE DELLA SALUTE

In quest' ambito l'intento della Asl Ogliastro è di portare avanti i programmi previsti dal PRP 2020/2025 al fine di prevenire e contrastare i rischi sulla salute delle persone, degli animali e sugli ecosistemi ed in particolare di migliorare l'adesione alle campagne di screening per la prevenzione dei tumori, che rappresentano in Ogliastro la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema circolatorio.

È inoltre fondamentale proseguire e garantire la sorveglianza sanitaria attiva in relazione dell'evoluzione della diffusione della positività al SARS-CV-2 e gestire la fase di post emergenza.

Fondamentale importanza riveste l'integrazione dell'assistenza ospedaliera e quella territoriale con l'individuazione di percorsi che favoriscano la continuità dei processi di cura come espressione della presa in carico globale della persona con modalità che assicurino equità dell'accesso ai servizi, appropriatezza e tempestività degli interventi così da assicurare al cittadino risposte idonee in tempi rapidi. Una valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso e la conseguente formulazione del Piano di Assistenza Individuale, prima della dimissione dall'ospedale, deve essere garantita

a tutti i pazienti “fragili” così da assicurare le cure più appropriate a soddisfare i bisogni assistenziali, nel setting assistenziale più appropriato, sia esso il domicilio il potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate, sia presso strutture di riabilitazione a ciclo continuo o a ciclo diurno o RSA, nonché le strutture socio assistenziali per la non autosufficienza come le Comunità Integrate per Anziani.

Il potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio consente inoltre di ridurre un eccessivo e improprio ricorso al Pronto soccorso ed una riduzione dei ricoveri inappropriati.

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio sulla integrazione ospedale territorio:

- potenziamento delle Unità di valutazione ospedaliera (UVO), come articolazione delle unità di valutazione territoriale (UVT) al fine di assicurare ai pazienti fragili dimissioni protette appropriate;
- Attivazione di percorsi assistenziali integrati verso cui orientare il cittadino con patologie croniche.

L'Asl Ogliastra persegue nella sua programmazione la continuità dei percorsi di cura quale presa in carico globale dell'assistito ed integrazione socio-sanitari di tutti i momenti del percorso di assistenza da quella ospedaliera a quella territoriale. Il distretto quale articolazione aziendale è il luogo privilegiato di gestione e coordinamento della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali in collaborazione con gli enti locali, in particolare mediante i PLUS.

Un obiettivo prioritario è quello di migliorare l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera mediante un miglioramento degli indicatori del Piano Nazionale Esiti e della griglia LEA. Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- riduzione del tasso di ospedalizzazione riportandolo al valore uguale o inferiore a 160 per mille abitanti;
- migliorare gli indicatori del PNE e della griglia lea;
- conversione in regime diurno di alcune attività attualmente erogate in modo inappropriato in regime di ricovero ordinario e conversione di alcune attività attualmente erogate in regime diurno in prestazioni ambulatoriali;
- attivazione/potenziamento posti letto osservazione breve intensiva nel Pronto Soccorso;
- attivazione/potenziamento posti letto di riabilitazione e di lungodegenza;
- attivazione ambulatorio per il trattamento del piede diabetico.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori nella dimensione salute.

DIMENSIONE DELLA SALUTE			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
			screening cervicale: tasso di adesione reale >= 35%
Area della prevenzione	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(n. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screening colorettaile: tasso di adesione reale >= 20%
			screening mammografico >= 30%
Area della prevenzione	Prevenire e contrastare i rischi sulla salute delle persone, degli animali e sugli ecosistemi	Attuare i programmi previsti nel PRP 2020/2025	si
Area della prevenzione	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da tubercolosi	Ottenimento della qualifica al 31.12	Numeratore: numero di PMP realizzati da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL con l'attuazione delle attività stabilite per il 2023 nel PRP x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da realizzare da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL
Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie compresa nel piano di monitoraggio per la Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti	Percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie compresa almeno tra l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati	Attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL
Area della prevenzione	Miglioramento delle cure domiciliari per anziani > 65 anni	% anziani in ADI	≥ 4%
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	75%
		% intervento per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2gg/N° interventi per frattura del femore*100	70%

DIMENSIONE DELLA SALUTE			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra ospedale e territorio per tutti i pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato	% di dimissioni protette	10%
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire l'efficacia assistenziale per le patologie croniche	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	N° di ricoveri per diabete <=40
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Monitoraggio infezioni respiratorie	riduzioni in percentuale infezioni correlate a polmoniti nosocomiali	< 10*1000

## DIMENSIONE DEI PROCESSI

Sia la letteratura manageriale sia l'evoluzione del quadro normativo promuovono il cambiamento in direzione dell'organizzazione per "processi". Da diversi anni la mappatura dei processi svolti nelle amministrazioni è prevista per la definizione delle misure di contrasto alla corruzione, ma viene utilizzata anche ai fini del Piano della Performance come pure per rappresentare all'esterno e all'interno il complesso delle attività svolte.

Gli obiettivi strategici per il nuovo triennio 2023/2025 dovranno tenere conto del nuovo assetto organizzativo in via di definizione e dell'attuale fase transitoria nelle more di attuazione degli atti aziendali. Sarà quindi necessario, soprattutto nella fase iniziale, riorganizzare tutta la struttura aziendale adeguandola al nuovo atto aziendale, sia nell'area di governo e nella tecnostruttura amministrativa sia nelle aree di assistenza. Obiettivo prioritario dell'Azienda sarà quello di redigere i regolamenti attuativi per dare piena attuazione alla riforma sanitaria regionale ed all'atto aziendale ed avviare le procedure definite nell'atto aziendale.

Nell'ambito dell'area della sanità pubblica e della promozione della salute umana al fine di potenziare la sorveglianza epidemiologica e migliorare contesti e le condizioni di vita si rende necessario implementare l'adesione ai Sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento. È fondamentale inoltre assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) funzionale all'avvio del Registro Tumori regionale previsto dalla DGR 25/11 del 03/05/2016 e all'analisi delle principali cause di morte su cui concentrare l'attività di prevenzione.

La Sanità Pubblica Veterinaria, al fine di contrastare lo sviluppo di malattie infettive, dovrà potenziare il controllo della popolazione animale per la prevenzione della salute animale e umana, garantire il controllo ufficiale degli operatori del settore alimentare delle strutture che producono alimenti di origine animale e garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura.

L'attuale quadro epidemiologico emergente, caratterizzato da un aumento della popolazione anziana e dalla presenza di patologie croniche e degenerative, unitamente alla gestione del post pandemia covid, impongono una rimodulazione della rete dei servizi territoriali attraverso una rivalutazione delle sue componenti sanitaria e socio-sanitaria con la necessità di forme organizzative innovative di assistenza come le Case di Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (ODC), le Unità di Continuità Assistenziali) UCA, le Centrali Operative Territoriali (COT) forme di assistenza orientate a potenziare l'assistenza territoriale evitando un ricorso non appropriato al pronto soccorso ed alle ospedalizzazioni.

L'Azienda è impegnata a realizzare sul suo territorio le Case di Comunità, nelle quali lavoreranno in modo integrato e multidisciplinare equipe di medici di MMG, PDLS, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti. Dovranno garantire presidio medico e assistenza infermieristica e altri servizi come il PUA, il servizio di assistenza domiciliare come baricentro dell'assistenza territoriale, servizi diagnostici di base, così come l'integrazione con i servizi sociali.

L'Ospedale di Comunità dovrà svolgere una funzione intermedia tra le cure a domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette.

L'infermiere di famiglia o comunità è la figura professionale indicata come riferimento che assicura l'assistenza infermieristica a diversi livelli di complessità.

L'Unità di continuità assistenziale sarà composta da un medico e un infermiere intesa come una equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di chi versa in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità

La Centrale operativa territoriale in fase di progettazione avrà il compito di coordinare il sistema sopra descritto che disegna un modello di salute, di presa in carico del paziente, dei percorsi di cura fortemente integrato.

Al fine di assicurare al cittadino dell'Ogliastra un uguale accesso alle cure con una risposta appropriata anche nelle patologie maggiormente complesse come urgenze cardiovascolari/infarto, traumatologica, ictus, neonatologica e punti nascita, oncologica, pediatrica, trapiantologica, emergenza e urgenza, terapia del dolore, malattie rare è necessario definire e sviluppare una "organizzazione a rete" intesa come un insieme di strutture legate fra loro da connessioni continue con una riconfigurazione dell'offerta in termini di tipologia di prestazioni, di volumi e di case-mix produttivi, oltre che di coordinamento tecnico-scientifico, ossia di

condivisione di linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali con azioni che vedono necessariamente un raccordo interaziendale.

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- Avvio/consolidamento della organizzazione a rete con riconfigurazione dell’offerta in termini di tipologia di prestazioni, di volumi e di case-mix produttivi delle strutture interessate;
- Sviluppo e condivisione di linee guida, percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali;
- Accredimento istituzionale delle strutture inserite nelle reti.

La qualità e la sicurezza delle cure è garantita da alcuni adempimenti normativi quali ad esempio l’accreditamento istituzionale “strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell’efficienza e dell’organizzazione” “per il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i livelli essenziali di assistenza” (Intesa, ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le provincie autonome sul documento recante “Disciplina per la revisione della normativa dell’accreditamento”, in attuazione dell’art.7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012).

Una ulteriore garanzia può essere data dalle attività di certificazione volontaria di parte terza di UUOO o percorsi ai sensi delle norme UNI EN ISO con particolare riferimento alla norma UNI EN ISO9001:2015.

È fondamentale inoltre sviluppare un sistema di gestione del rischio clinico, della sicurezza del paziente, di appropriatezza e di umanizzazione delle cure sulla base degli atti di indirizzo della regione.

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- attivazione del sistema aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico;
- implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)
- prosecuzione delle attività precedentemente avviate di certificazione volontaria di parte terza;
- realizzazione/partecipazione a programmi regionali o nazionali o attivazione di progetti in materia di appropriatezza e umanizzazione delle cure;
- assicurare percorsi specifici per le vittime di violenza di genere in tutti i punti di ingresso del sistema emergenza urgenza.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione dei processi:

DIMENSIONE DEI PROCESSI			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area della gestione amministrativo-contabile	Gestione processo di riforma aziendale	Riorganizzazione dei servizi tecnico-amministrativi e sanitari sulla base del nuovo atto aziendale	si

DIMENSIONE DEI PROCESSI			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2023
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI e PASSI D'ARGENTO	N. interviste caricate in piattaforma/N. interviste target definite dall'ISS)*100	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	90%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	90%
Area di performance della produzione	Anagrafe animale - controllo della popolazione animale per la prevenzione della salute animale ed umana: % aziende controllate per anagrafe zootecnica	Numero check list compilate e registrate e in BND in relazione ai controlli per gli allevamenti OVI-CAPRINI /numero check list programmate al livello regionale 37/37	80%
Area di performance della produzione	Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive. Consolidare la sorveglianza TBC bovina, della Brucellosi OV-CP e la conduzione del Piano straordinario di eradicazione della peste suina Africana	Numero aziende suine controllate/Numero aziende suine controllabili da Piano Prevenzione*100	80%
Area di performance della appropriatezza	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale	Numero di verifiche di efficacia eseguite sull'attività di controllo ufficiale / numero totale di verifiche programmate sull'attività di controllo ufficiale 9/9	100%
Area di performance della produzione	Garantire l'applicazione del Piano Regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti negli stabilimenti riconosciuti rev. 2018	Numero di controlli ufficiali effettuati/Numero di controlli ufficiali programmati *100	70%
Area di performance della produzione	Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici secondo quanto previsto nel PRCUA	Numero di campionamenti ufficiali effettuati /Numero di campionamenti ufficiali programmati *100	70%

DIMENSIONE DEI PROCESSI			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area di performance della produzione	Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	Numero di stabilimenti categorizzati /numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati	80%
Area di performance della produzione	Garantire l'attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale	Numero di campioni effettuati/Numero totale dei campioni programmati *100	80%
Area di performance della produzione	Garantire l'inserimento dei controlli di sicurezza alimentare in SISAR	Numero controlli effettuati/Numero controlli inseriti	80%
Area di performance della produzione	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	numero di interventi ispettivi in aziende edili (compreso amianto)/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale	100%
		numero di interventi ispettivi in aziende agricole/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale /regionale	100%
		numero di interventi ispettivi in aziende di altri comparti/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale/regionale	100%
Area di performance della produzione	Garantire il controllo degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali	numero controlli effettuati/numero controlli programmati	100%
Area di performance della produzione	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore degli alimenti e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema degli audit negli stabilimenti del settore lattiero caseario	Numero di controlli ufficiali effettuati/ Numero di controlli ufficiali programmati nei piani di attività dei servizi nel*100	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Attivare Piano Mirato di Prevenzione (PMP) con l'attuazione dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020/2025 in ogni sede SPRESAL)	Numero di PMP attivati/numero PMP da attivare	100%
Area della qualità e del governo clinico	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	Numero di segnalazioni nel SIRMES da parte delle unità operative sanitarie ospedaliere Numero di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES Redazione di FMEA per area	>=50 segnalazioni  >=5 audit  >=una per area
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM)	Attuazione e monitoraggio sulla attuazione del PDTA approvato nel 2022	si

DIMENSIONE DEI PROCESSI			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
e dell'efficacia del SSR			
Area della qualità e del governo clinico	Definizione percorsi integrati del paziente nei diversi livelli di assistenza	definizione percorsi	si
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	% di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA	≥ 20%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021.</li> <li>• Trasmissione a ARIS del sopra citato Piano, con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla sua implementazione e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo.</li> <li>• Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3.</li> </ul>	3/3
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Implementare le attività previste nel Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2021-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sperimentazione e implementazione dei protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi in collegamento con AOU Cagliari, AOU Sassari e Arnas Brotzu</li> </ul>	n. 2 protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi entro il 30/09/2023

## DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA

L'azienda è orientata ad impostare la propria attività secondo i criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi. L'azienda inoltre si pone come obiettivo il rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018, limitatamente alle fasi di propria competenza.

L'azienda, al fine di contribuire al risparmio energetico ed all'uso razionale ed intelligente del gas e dell'energia prevede nel triennio 2023/2025 si avviare delle campagne di formazione e sensibilizzazione a tutto il personale dipendente, in particolar modo al personale dirigente e a chi ha la responsabilità di gestione degli impianti e degli acquisti. Il tema del risparmio energetico verrà ribadito inoltre nel Codice di Comportamento dei dipendenti che saranno chiamati a partecipare attivamente alla riduzione ed al contenimento dei consumi impegnandosi quotidianamente per adottare dei comportamenti orientati all'efficienza energetica mediante un utilizzo intelligente e razionale dell'energia in raccordo anche con gli obiettivi del PNRR.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione dell'efficienza:

DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto degli equilibri economico-finanziari	Chiusura Bilancio con C=R	C=R
Area della gestione amministrativo-contabile	Rispetto dei termini nella presentazione alla regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR34/23 del 2015	Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art.1 comma 865 L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	N. 0 giornate di ritardo
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il controllo dei profili prescrittivi dei MMG, PLS e specialisti	Report bimestrale di monitoraggio del profilo prescrittivo dei MMG, PLS e specialisti con Z-score >1,5 per il controllo della spesa farmaceutica convenzionata	N° 3 report di controllo della spesa farmaceutica convenzionata e convocazione degli specialisti con Z-score>1,5
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. N. record trasmessi entro i termini /N. totale record *100 2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1. ≥ 95% 2. ≤ 5%

DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1 co 281, L. n. 234/2021	≤ 204.000
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1 co 281, L. n. 234/2021	≤ 152.000

### DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITÀ

L'azienda, in linea con la missione e con i principi su cui si fonda, intende implementare l'accessibilità sia fisica che digitale del cittadino, riconoscendone la centralità in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta, all'organizzazione dei servizi e allo sviluppo di un sistema di analisi del livello di soddisfazione.

L'Azienda garantisce, nel rispetto della normativa vigente, l'accessibilità alle informazioni concernenti l'organizzazione e la propria attività, allo scopo di favorire le forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e utilizzo delle risorse pubbliche, anche attraverso l'aggiornamento continuo del proprio sito istituzionale e la pubblicazione della carta dei Servizi Sanitari. La trasparenza rappresenta inoltre un importante strumento di prevenzione e contrasto alla corruzione.

La tutela, l'informazione, l'accoglienza e la partecipazione devono essere garantite al cittadino attraverso l'Ufficio di pubblica tutela (UPT), l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), i Punti di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari (PASS previsti nel Presidio Ospedaliero e nel Distretto).

In linea con le direttive regionali in materia di abbattimento delle liste d'attesa, al fine di migliorare l'accesso ai servizi assistenziali, è necessario ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche nel rispetto dei tempi massimi definiti per ciascun codice di priorità.

L'azienda intende potenziare l'utilizzo di tecnologie innovative come la telemedicina che consente di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza.

L'Azienda intende proseguire nella alimentazione e nella sensibilizzazione all'uso del FSE Fascicolo Sanitario Elettronico quale strumento attraverso il quale il cittadino, nel rispetto della normativa sulla privacy, può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari e che consente di usufruire comodamente da casa di alcuni servizi come il ritiro dei referti delle visite specialistiche e la scelta e revoca del medico.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione dell'accessibilità:

DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITA'			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo * 100	75%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	% delle 64 prestazioni per l'accesso con codici B e D erogate entro il tempo standard	≥ 60%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP/totale prestazioni erogate ricadenti nel PRGLA*100	≥ 90%
		Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata/prestazioni ricadenti nel PRGLA gestiti in agende informatizzate CUP *100	≥ 90%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio ≥ 7
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire la diminuzione del livello di rischio per episodi corruttivi nelle aree a rischio generale e specifico	Pubblicazione e aggiornamento in apposita sezione del sito internet istituzionale, dei criteri di formazione, delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa delle prestazioni erogate.	80%
		Garantire la rotazione del personale nei servizi/procedure/commissioni aziendali e medico legali a maggior rischio corruttivo	si
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Potenziare l'utilizzo di tecnologie innovative di telemedicina	prosecuzione progetto telemedicina BPCO	si
Area di performance	Implementare l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	pubblicizzazione delle funzionalità del FSE	si

DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITA'			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
dell'accesso e della fruibilità dei servizi			

## DIMENSIONE DELLE RISORSE

Le risorse umane costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo dell'azienda. Rappresenta quindi un obiettivo strategico dell'Azienda riconoscere e valorizzare adeguatamente le competenze e le professionalità dei propri collaboratori curandone l'aggiornamento e la formazione quali fattori fondamentali della crescita professionale e leva per accogliere e accompagnare processi di innovazione tecnologica e cambiamento organizzativo che caratterizzano questa fase aziendale. L'Azienda adotta metodi di reclutamento che si ispirano a criteri e strumenti di selezione meritocratici idonei ad identificare, oltre alle conoscenze teoriche, le capacità e le attitudini dei candidati al ruolo e all'area professionale di destinazione. L'Azienda si impegna a garantire la tutela della sicurezza, della salute e del benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in modo attivo gli obblighi e i principi della normativa vigente.

Al contempo l'Azienda chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione dell'accessibilità:

DIMENSIONE DELLE RISORSE			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Migliorare il benessere organizzativo aziendale	tasso di assenze	diminuzione
Area di performance dello sviluppo organizzativo	migliorare le competenze professionali di tutti i lavoratori	Numero eventi formativi realizzati /Numero eventi formativi programmati	100%

### 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Il presente documento, ai sensi del D.M. n. 132/2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione", elaborato sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo in base alla Legge n.190 del 2012, sono formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie

di creazione di valore pubblico. Gli elementi essenziali della sottosezione, volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC.

Pertanto, la nozione ampia di valore pubblico intesa come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, dei portatori di interessi (stakeholder) dei destinatari dei servizi non va limitato agli obiettivi finanziari monetizzabili ma deve essere comprensivo anche di quelli socio economici (ad esempio la sostenibilità, sia ambientale che sociale, avendo a riferimento la fiducia nella qualità delle istituzioni).

In quest'ottica, la prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale della Asl Ogliastra. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, si contribuisce a generare valore pubblico, con conseguente riduzione degli sprechi e orientando in maniera corretta l'azione amministrativa.

Infatti, ogni deviazione dalla buona amministrazione, comporta una gestione di risorse economiche ed umane, assunzione di decisioni, svolgimento di procedimenti nei quali prevale l'interesse particolare del singolo a scapito di quello della collettività; condotte che finiscono per incidere negativamente sull'immagine dell'Azienda e sulla fiducia dei cittadini anche se non sempre si concretizzano in reati veri e propri.

La ASL Ogliastra intende seguire non un approccio basato solo su regole e misure repressive ma un approccio culturale, orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità; perseguendo la collaborazione dei vari soggetti esterni e interni nella condivisione di strategie e strumenti con il fine della promozione e diffusione della legalità e integrità.

<b>Elenco strumenti per prevenire i rischi corruttivi</b>	
relazione annuale sui risultati dell'attività svolta	mappatura dei processi e valutazione/misurazione dei rischi
predisposizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori esposti alla corruzione	predisposizione di un programma formativo generale e specifico rivolto ai dirigenti e/o dipendenti addetti alle aree maggiormente a rischio individuate nel relativo PTPCT
garantire la rotazione del personale nei servizi/procedure/commissioni aziendali e medico legali a maggior rischio corruttivo	qualità delle informazioni pubblicate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali

rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico	monitoraggio periodico sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, e trasmissione di un report al Responsabile della Prevenzione della Corruzione Trasparenza
---	--

### Aree di rischio

Ai fini della valutazione del rischio si partirà dalle aree di rischio generali e specifiche, come evidenziato dall'ANAC seppure non tutte verranno prese in considerazione stante la suddivisione di competenze tra l'ARES e l'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 Ogliastro, e precisamente:

- Aree di rischio generali previste dalla L. 190/2011 art.1, co 16:
- Autorizzazione o concessione;
- Acquisti di beni e servizi;
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ad enti pubblici e privati;
- Aree di rischio generali (da aggiornamento PNA 2015)
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Aree di rischio specifiche per il settore sanitario (da aggiornamento PNA 2015)
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- Attività distrettuali;
- Attività libero professionale/liste d'attesa;
- Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni; affari generali e atti amministrativi, assetto organizzativo, relazioni istituzionali e comunicazione pubblica;
- Prevenzione e protezione, sorveglianza sanitaria e antincendio;
- Aree tecniche;
- Dipartimento ICT infrastrutture, tecnologia dell'informazione e delle comunicazioni;
- Data Privacy Officer;
- SS.CC.giuridico amministrativo/Staff delle ASL;
- Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze;
- Professioni sanitarie.
- Settori a maggiore impatto e rischio corruzione:

- Appalti e contratti pubblici;

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera Azienda e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo.

Le misure specifiche (che si affiancano e si aggiungono sia alle misure generali sia alla trasparenza) agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi e si caratterizzano su problemi peculiari.

### **Valutazione del rischio**

La valutazione del rischio sarà articolata in tre fasi:

1. identificazione;
2. analisi;
3. ponderazione.

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

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

A tal proposito, il RPCT ha ritenuto opportuno proporre - nel corso dell'anno 2023 - come obiettivo di budget ai dirigenti di struttura, la mappatura di due processi attinenti alle proprie funzioni compresi nelle aree a rischio maggiormente significative e indicate da ANAC, nonché tutte le attività più rilevanti che si delineano alla luce degli adempimenti legati all'attuazione del PNRR.

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

### **Trattamento del rischio**

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

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

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

La proposta di misure di contrasto del rischio non sarà compito esclusivo del RPCT ma sarà piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto a conoscenza più di ogni altro dei processi e delle attività del proprio ufficio, è il soggetto più idoneo ad individuare misure incisive volte a prevenire rischi specifici.

## **Il Programma di Trasparenza**

Attraverso lo strumento della trasparenza l'ASL Ogliastro persegue una logica di piena apertura verso l'esterno, al fine di rendicontare in modo semplice e chiaro gli obiettivi raggiunti con le risorse disponibili.

La legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione. La legge ha conferito al governo una delega ai fini dell'adozione di un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza da parte delle pubbliche amministrazioni.

In attuazione di tale delega, il governo ha adottato il D.Lgs.14 marzo 2013, n. 33 (pubblicato su G.U. del 5 aprile 2013) recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Il D.Lgs.97/2016 «Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche», di seguito "d.lgs. 97/2016", ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini. Il novellato art. 1, comma 1, del decreto ridefinisce la trasparenza come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzate a "favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche", ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

Il D.lgs. 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione fra il

Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

Per quanto riguarda la disciplina relativa alle diverse tipologie di accesso ("accesso documentale" di cui al capo V della Legge n. 241/1990; "accesso civico" e "accesso generalizzato", disciplinato rispettivamente dall'articolo 5, comma 1 e dall'art. 5, comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016), si fa riferimento a quanto indicato dalla determinazione ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016.

Il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, nell'adunanza del 28 dicembre 2016, ha altresì approvato in via definitiva la delibera n. 1310 "Prime linee guida recante indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016."

I dati pubblicati sul sito istituzionale sono stati selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e, più in generale, sulla base del quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione on line delle amministrazioni. Le categorie di dati pubblicati tendono a favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione, nonché una gestione della res pubblica che consenta un miglioramento continuo nell'erogazione dei servizi all'utenza.

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul proprio sito istituzionale costituisce la principale modalità di attuazione della trasparenza, è importante porre l'accento sulla protezione dei dati personali in modo tale che i dati pubblicati e i modi di pubblicazione risultino pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge, in ossequio alla disciplina in materia di protezione dei dati personali.

Tutti i documenti pubblicati dovranno riportare al loro interno fonte, data, periodo di riferimento o validità e l'oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi, anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato.

L'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente" dovrà avvenire ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti.

In questo modo, attraverso la pubblicazione on line, si offre la possibilità ai portatori di interesse (stakeholder) di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione e il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione della performance.

La verifica periodica della pubblicazione dei dati e documenti, effettuata in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia al pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholder.

Sono possibili tre diversi accessi agli atti, ai dati e alle informazioni detenute dall'azienda:

accesso civico (con la richiesta di pubblicazione obbligatoria dei dati sul sito Amministrazione trasparente, qualora questi non fossero già presenti);

accesso documentale (secondo la legge 241 del 1990);

accesso generalizzato (secondo il d.Lgs. 97/2016) che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico, prevedendo che chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle PA, nel rispetto di limiti di tutela giuridicamente rilevanti.

Si precisa che, L'Azienda ASL Ogliastra, con deliberazione del Direttore Generale n. 152 del 28/07/2022, ha designato come DPO (Responsabile della Protezione Dati) in qualità di persona giuridica, la Società Karanoa S.r.l. di Sassari.

### **Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL Ogliastra n. 4 di Lanusei**

Uno degli strumenti fondamentali nell'ambito delle misure di prevenzione della corruzione è rappresentato dal Codice di Comportamento, in quanto finalizzato a disciplinare i comportamenti del personale dipendente.

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

La violazione degli obblighi contenuti nel codice di comportamento costituisce fonte di responsabilità disciplinare.

Si precisa che, l'ASL Ogliastra non ha ancora avuto la possibilità di redigere un proprio Codice di Comportamento e, pertanto, ad oggi e fino alla predisposizione dello stesso, ha provveduto a recepire il Codice di Comportamento dell'ATS Sardegna, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.501 del 29/06/2017, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, integra e specifica il codice adottato dal D.P.R. n. 62 del 16/04/2013, tiene conto delle Linee guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e disciplina i seguenti ambiti:

- regali, compensi e altre utilità;
- partecipazione ad associazioni e organizzazioni;
- comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse;
- obbligo di astensione;
- prevenzione della corruzione;

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

Nel corso dell'anno 2023 la Asl Ogliastra provvederà ad adottare un proprio Codice di Comportamento nel rispetto della normativa vigente.

### **Rotazione del personale**

Una misura fondamentale, tra le misure di prevenzione della corruzione prevista dalla Legge 190/2012, è la rotazione del personale e in particolare di quello addetto alle aree più a rischio.

In tale ottica, 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 finalizzate al conseguimento 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, co 4, lett. e); comma 5, lett. b); comma 10, lett. 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, co 1, le\_. 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).

In questa Azienda, la rotazione ordinaria - da realizzarsi nel rispetto delle competenze professionali - è considerata 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, da quanto si evince dalle relazioni di monitoraggio pervenute dalle varie U.O., si rappresenta che sussiste la difficoltà a garantire una rotazione continua stante la carenza di personale, soprattutto dirigenziale.

Si precisa che ove è stato possibile – dato il numero adeguato del personale assegnato – la rotazione del personale è stata garantita, negli altri casi sono state utilizzate soluzioni diverse come misura di prevenzione del rischio.

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

Altro strumento efficace per evitare fenomeni corruttivi è l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. Il rischio che si verifichino casi in cui l'interesse personale del dipendente confligga con l'interesse pubblico che lo stesso deve raggiungere impone una corretta gestione del conflitto, a prescindere dal verificarsi o meno di una condotta illegittima.

I professionisti del Servizio Sanitario Regionale svolgono un ruolo fondamentale sia nel sistema delle cure che dei processi connessi, quali acquisizione dei beni e dei servizi strumentali allo svolgimento dell'attività sanitaria o nel prendere parte alle attività-procedure-procedimenti. Essi svolgono un compito molto importante sotto il profilo giuridico, sul piano dell'immagine della Asl Ogliastra e soprattutto della tutela della salute dei cittadini. A tal fine è necessario tenere comportamenti che diano massima prova di trasparenza, imparzialità, e non lasciano dubbi sulla assenza di influenze esterne ed interferenze con i propri interessi personali.

Il dipendente, infatti, 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 convivente, di parenti e affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

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

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

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

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

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

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

Il Responsabile, a fronte di segnalazione di conflitto 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

I soggetti coinvolti nelle procedure di gestione del contratto pubblico sono tenuti a comunicare immediatamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP il conflitto di interesse che sia insorto successivamente alla dichiarazione. Il RUP rende la dichiarazione al soggetto che l'ha nominato e al proprio superiore gerarchico.

La comunicazione è resa per iscritto e protocollata per acquisire certezza in ordine alla data.

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

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

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

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

La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del Decreto del Presidente della Repubblica 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.

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

Il RPCT, in collaborazione con la Direzione Aziendale, fornirà informativa scritta ai dipendenti che operano nelle strutture aziendali interessate sulle sanzioni applicabili in caso di omessa/falsa dichiarazione sulla sussistenza di situazioni di rischio, individuabili nelle sanzioni disciplinari di cui all'art. 16 del D.P.R. n. 62/2013 oltre che nella responsabilità amministrativa e penale, saranno indicate ai dipendenti anche gli effetti della violazione delle disposizioni sul conflitto di interessi sul procedimento amministrativo e sul provvedimento conclusivo dello stesso.

Nel corso dell'anno 2023, il RPCT ha ritenuto opportuno proporre come obiettivo di budget a tutti i direttori/responsabili di U.O. di struttura, la compilazione di un report sul conflitto di interesse/incompatibilità del personale afferente la struttura, al fine di sensibilizzare tutti i centri di responsabilità aziendali.

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

La Legge 190/2012 introduce il nuovo art. 35 bis del Decreto Legislativo 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.

Nuovo art. 35 bis D.Lgs 165/2001:

*“1. 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:*

*a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*

*b) 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;*

*c) 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.*

*2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari”.*

#### Misure da attuare:

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

Il Responsabile del procedimento/Direttore di struttura che ha acquisito le 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 inerente la messa in atto della misura di prevenzione con l'indicazione del numero di dichiarazioni acquisite, del numero di dichiarazioni per

le quali sono stati richiesti i controlli e con l'indicazione delle determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo.

### **Incompatibilità/Inconferibilità incarichi**

A seguito delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni introdotte dalla Legge 190/2012, sulla base della quale è stato emanato il Decreto Legislativo 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 decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" e la delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili".

Nel corso del secondo semestre 2022, l'Azienda ha provveduto ad acquisire dai dirigenti e dai dipendenti titolari di posizione organizzativa, le relative dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità/inconferibilità.

Le dichiarazioni di cui sopra, dopo opportuna verifica da parte del RPCT, sono state pubblicate sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", in base a quanto previsto dall'art. 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39.

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

La Asl Ogliastra, in attesa di adottare un proprio Regolamento, ha recepito il Regolamento unico per la gestione del personale a cui si fa riferimento in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i." dell'ATS Sardegna.

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 pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di attività/incarichi extraistituzionali del personale dipendente che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e non siano compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio.

### **Divieti post-employment (Pantouflage)**

Il Piano nazionale anticorruzione approvato da Anac il 6 dicembre 2022 ha dato particolare evidenza al "Divieto di pantouflage", già previsto all'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs.n.165/2001.

Tale divieto riguarda i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto delle amministrazioni pubbliche, di svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione attraverso i medesimi poteri.

Al fine di assicurare tale misura di prevenzione l'Asl Ogliastro attua le seguenti misure:

- inserimento clausola "pantouflage" nei contratti di assunzione e di conferimento incarichi di tutto il personale, assunto sia a tempo indeterminato che a tempo determinato;
- consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa (secondo il fac-simile sotto riportato), con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa.
- all'interno dei bandi di gara e negli atti prodromici all'affidamento di appalti è prevista tale condizione tra i requisiti di partecipazione.

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

Il RPCT, qualora venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, segnala detta violazione ai vertici della Asl ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

I contratti di lavoro e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti.

#### **Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing)**

Come previsto dalla L. 190/2012, c. 51, l'Azienda rende disponibili strumenti che consentono la segnalazione di situazioni di illecito avendo cura di offrire opportune garanzie circa l'anonimato del segnalante.

Il whistleblower è chi testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di

appartenenza o alla comunità. Il whistleblowing consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni.

Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano violazioni ai codici di comportamento, danni patrimoniali, rischi, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico.

Il whistleblowing non riguarda le lamentele di carattere personale del segnalante, solitamente disciplinate da altre procedure. Per garantire tempestività di azione ed evitare la "fuoriuscita" incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine dell'Azienda, le segnalazioni devono essere indirizzate al Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza. Le segnalazioni sono considerate riservate e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

Funzione primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione dell'organismo preposto i possibili rischi di illecito di cui si è venuto a conoscenza: la segnalazione è quindi prima di tutto uno strumento preventivo. Se la segnalazione è sufficientemente qualificata e completa, senza ledere i diritti, anche alla privacy, del soggetto segnalato, potrà essere verificata tempestivamente e con facilità.

A seguito dell'entrata in vigore della legge n. 179 del 30 novembre 2017, pubblicata sulla G.U. n. 291 del 14 dicembre 2017, l'Azienda si adeguerà alle indicazioni che ANAC fornirà con l'emanazione di apposite linee guida, così come previsto dalla legge stessa.

Si rappresenta che, la Asl Ogliastra ha aderito al progetto "whistleblowingPA" e avviato nel secondo semestre del 2022 la procedura di attivazione della relativa piattaforma informatica.

## **Formazione**

La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno dell'Azienda, rappresenta un importante strumento che può favorire lo sviluppo di una cultura della legalità.

Il Piano di Formazione 2023 è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale ARES n. 296 del 23/12/2022. In linea di massima, prevede l'erogazione di una formazione di base a tutti gli operatori (anche attraverso la metodologia FAD - Formazione A Distanza on line) in materia di etica e cultura della legalità. A questa si aggiungono eventi specifici rivolti a particolari gruppi di operatori (dirigenti, specifiche figure professionali, ecc.) per affrontare in modo dettagliato i contenuti della normativa in rapporto all'applicazione della stessa ai processi aziendali.

Nel Piano i percorsi di formazione sono programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli: livello generale, rivolto a tutti dipendenti, anche con modalità FAD: riguarda le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale) che debbono coinvolgere tutti dipendenti ed i collaboratori a vario titolo

dell'amministrazione, debbono riguardare il contenuto del Codice di Comportamento e del Codice Disciplinare e devono ricomprendere anche l'esame di casi concreti;

livello specifico per figure professionali, rivolto al Responsabile della Prevenzione, ai Referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addette alle aree a rischio: in tema di fattispecie di reato, strumenti utilizzati per la prevenzione (PTPCT, Codice di Comportamento e tematiche settoriali), in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione;

livello specifico per settori di attività: è prevista l'organizzazione di appositi focus group, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati da un Dirigente o un operatore esperto con funzione di animatore, nell'ambito dei quali vengono esaminate ed affrontate problematiche concrete di prevenzione della corruzione, calate nel contesto dell'attività di settore, al fine di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato nelle diverse situazioni.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della Prevenzione in raccordo operativo con il Responsabile della Formazione e con i dirigenti Responsabili di UOC, per le aree tematiche di rispettiva competenza.

Le iniziative di formazione tengono conto del contributo che può essere dato dagli operatori interni all'amministrazione, inseriti come docenti nell'ambito di percorsi di aggiornamento e formativi.

Pertanto, la ASL Ogliastro ha pianificato l'attività formativa anno 2023 con i seguenti corsi:

- FAD asincrona "ANTICORRUZIONE TRASPARENZA" Responsabile scientifico dott. Farina Massimo - destinata a tutti i dipendenti (n. ore 16);
- FAD asincrona "PROTEZIONE DEI DATI E PRIVACY" Responsabile scientifico dott. Farina Massimo destinata a tutti i dipendenti (n. ore 16);
- Residenziale "GLI AFFIDAMENTI DI INCARICHI ESTERNI NELLA P.A." Responsabile scientifico dott.ssa Gioi Tomasa Pina, destinato a massimo 20 partecipanti (n. ore 6);

### **Patto di Integrità negli affidamenti**

Le articolazioni organizzative competenti in materia di procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016, della ASL Ogliastro, inseriranno il Patto di Integrità in tutte le procedure bandite.

Il Patto di Integrità costituisce parte integrante dei contratti stipulati dall'Azienda.

L'espressa accettazione dello stesso costituisce condizione di ammissione alle procedure di gara, a tutte le procedure negoziate e agli affidamenti anche di importo inferiore a 40.000 euro, nonché per l'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematici. Tale condizione deve essere esplicitamente prevista nei bandi di gara e nelle lettere di invito.

Una copia del Patto di Integrità, sottoscritta per accettazione dal legale rappresentante dell'operatore economico concorrente, deve essere allegata alla documentazione amministrativa richiesta ai fini della procedura di affidamento o dell'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematico. Per i consorzi ordinari o raggruppamenti temporanei l'obbligo riguarda tutti i consorziati o partecipanti al raggruppamento o consorzio.

Il Patto di Integrità ha efficacia dal momento della presentazione delle offerte, in fase di affidamento di contratti di lavori, servizi e forniture e sino alla completa esecuzione dei contratti aggiudicati.

Nelle more della predisposizione di un Patto d'Integrità da parte dell'Azienda, si provvederà anche in questo caso a recepire il Patto di Integrità di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ATS Sardegna n. 437 del 04/06/2019.

### **Monitoraggio dei tempi di conclusione dei procedimenti**

L'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012 e s.m.i. prevede l'obbligo del monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge e dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. L'Azienda prevede il monitoraggio semestrale dei tempi di conclusione. Il report deve essere trasmesso da tutti responsabili di UOC e di UOSD al Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza entro il giorno 30 del mese successivo a quello del periodo oggetto di monitoraggio. Ai sensi dell'art. 1, comma 28, della L. n. 190/2012 e s.m.i..

### **Misure Specifiche**

Le misure specifiche sono indicate nell'Allegato 3 all'interno delle schede relative ai singoli processi organizzativi mappati in corrispondenza dei rischi potenziali rilevati.

### **Misure Trasversali di Prevenzione**

L'Azienda considera fra le ulteriori misure trasversali di prevenzione, finalizzate sia alla prevenzione della corruzione, sia al buon andamento dell'attività dell'amministrazione, l'articolato sistema dei controlli interni costituito da:

- Controllo di Gestione;
- Internal Auditing (Deliberazione del Direttore Generale ASL Ogliastra n. 301 del 23/12/2022);
- Percorsi attuativi della Certificabilità;
- Risk management;
- Valutazione della performance.

Saranno, pertanto, adottate tutte le misure necessarie al fine di evitare ridondanze e di razionalizzare le attività istituzionali in un'ottica di integrazione, efficienza/efficacia e coerenza interna.

### **Flussi informativi**

All'interno del PTPCT sono identificati i Referenti che relazionano periodicamente verso il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Trasparenza al fine di aggiornarlo sia sullo stato di attuazione e adeguatezza del Piano sia sulle attività di monitoraggio svolte.

Al RPC debbono essere indirizzati (con periodicità definita, o per ogni singolo evento, o a richiesta) adeguati flussi informativi costituiti da:

stato di avanzamento delle misure di prevenzione e/o modifica delle aree di rischio/controlli (da parte dei Referenti);

segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato: il RPC accerta che chi segnala al superiore gerarchico o ai soggetti apicali dell'Azienda condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato;

informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del Codice di Comportamento (da parte dell'UPD);

indicatori di Rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza;

numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali;

verifiche e controlli su cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;

### **Giornate della Trasparenza**

L'articolo 10, comma 6, del d.lgs. n. 33/2013 stabilisce che "Ogni amministrazione presenta il Piano e la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, comma 1, le4ere a) e b), del decreto legislativo n. 150 del 2009 alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica."

Nel corso del secondo semestre dell'anno 2022, in collaborazione con RPCT ARES, ASL Ogliastra, ASL Nuoro e ASL Oristano, è stato individuato il giorno 15 dicembre come Giornata della Privacy e della Trasparenza, che ha coinvolto principalmente i dirigenti responsabili di struttura, i titolari di incarichi di funzione, i referenti privacy e anticorruzione.

## **Relazione del RPCT**

Entro il 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza provvede a redigere una relazione (su schema ANAC) diretta a riepilogare l'attività svolta e risultati conseguiti.

L'Azienda ASL Ogliastra, come previsto dall'art. 1 comma 14 della L.190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione, ha provveduto a pubblicare sul sito istituzionale - nell'apposita sotto-sezione "Altri contenuti - Prevenzione della corruzione" - la suindicata Relazione Annuale e conseguentemente, ha disposto la trasmissione del report all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e al Direttore Generale.

### **SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

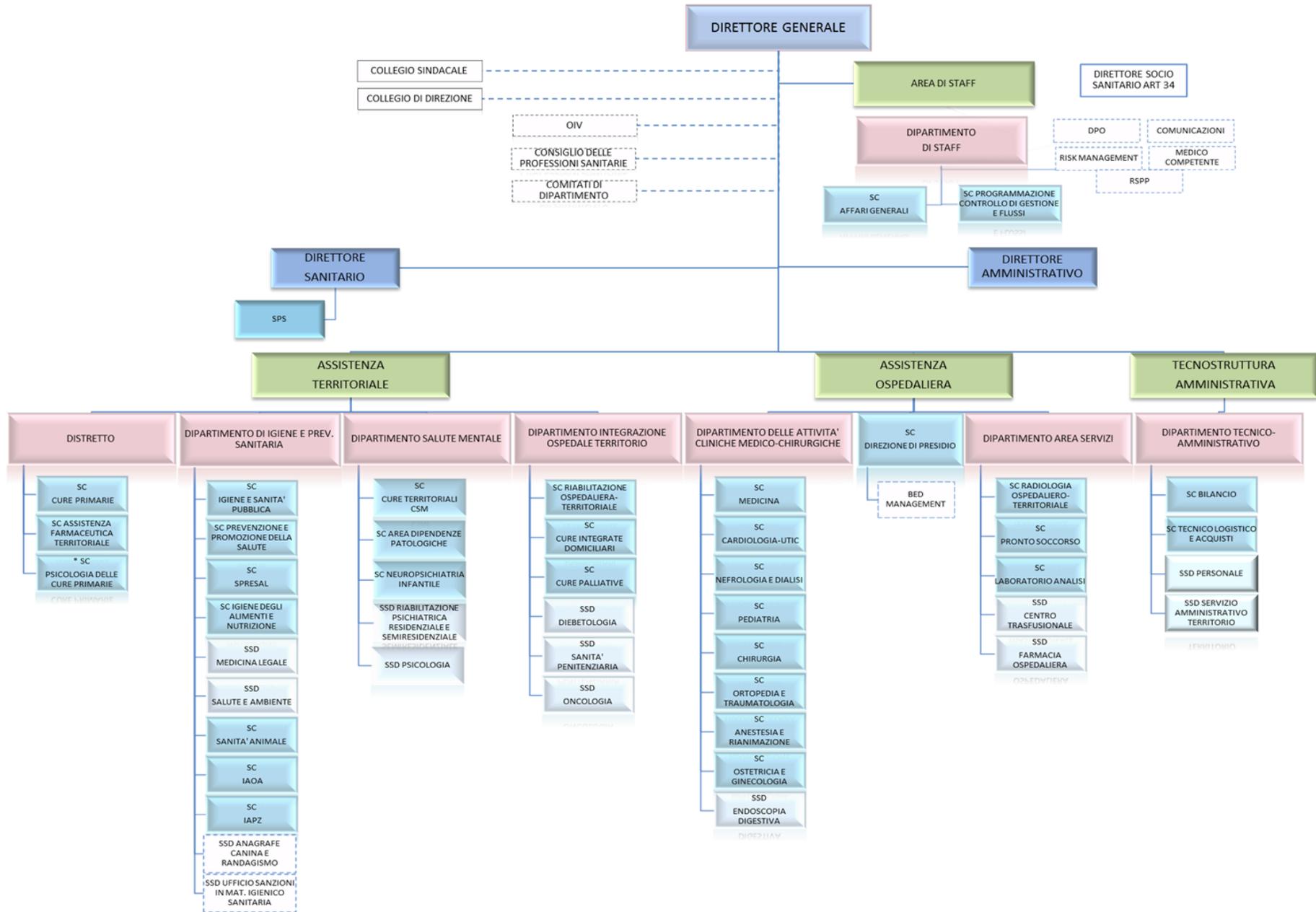
Struttura organizzativa

L'atto aziendale della ASL Ogliastra approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 27 del 06/02/2023 dichiarato conforme dalla DGR n. 3/39 del 27/01/2023.

Il modello organizzativo della ASL Ogliastra prevede la seguente struttura organizzativa e le seguenti macro articolazioni al cui interno si articolano le strutture:

- la Direzione strategica – rappresentata dalla direzione generale (Direttore Generale – Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- l'area di Staff che garantisce il supporto alla Direzione strategica nelle attività e nei processi istituzionali e comprende il direttore dei servizi socio sanitari;
- la tecnostruttura amministrativa che garantisce il supporto alla Direzione strategica, in raccordo con lo staff, nei processi tecnico-amministrativi strumentali alle strutture organizzative dell'Azienda;
- l'organizzazione sanitaria per l'erogazione dell'assistenza che garantisce i livelli di assistenza collettiva, territoriale ed ospedaliera e le relative attività legate all'assistenza sanitaria come l'assistenza farmaceutica, la sanità penitenziaria, il servizio di prevenzione e protezione, il rischio clinico e la clinical governance.

Si riporta di seguito il modello organizzativo della ASL Ogliastra:



### 3.1. Organizzazione lavoro agile

Il presente piano recepisce quanto disposto dal D.L. n. 34/2020 e ss.mm.ii. e dalle Linee Guida sul Polo pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento funzione pubblica, nel dicembre 2020.

Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore, basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino". Ciò a significare la collaborazione tra l'ASL Ogliastra e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione e fissati in questo Piano.

Il lavoro agile è una particolare modalità di svolgimento del contratto di lavoro in base alla quale il dipendente è libero di prestare servizio in parte nei locali aziendali e in parte fuori di essi, anche lavorando su cicli e obiettivi. Deve intendersi la possibilità di lavorare in un luogo che non sia necessariamente l'azienda, ed in **orari flessibili** che non siano per forza quelli "di ufficio". Il concetto di smart working, infatti, si lega più che al luogo ed agli orari di lavoro al raggiungimento di determinati **risultati**, indipendentemente da quando e dove si lavora per raggiungerli. Potrà, dunque, dirsi addio alla classica postazione fissa in **ufficio** per le "canoniche" otto ore lavorative: il dipendente, infatti, potrà svolgere le proprie mansioni in qualsiasi luogo, anche da casa o in altro ufficio decentrato rispetto all'Azienda.

Lo smart working non è, dunque, un nuovo tipo contrattuale ma una modalità di approccio al lavoro diversa ed innovativa.

A causa dell'emergenza sanitaria e nel tentativo di ridurre al minimo le occasioni di contagio si è reso necessario il ricorso anche a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza. L'azienda valuta positivamente lo smart, sia come **incremento della produttività** e sia come **risparmio sui costi di gestione** degli spazi fisici. Il telelavoro **augmenta il benessere** organizzativo e migliora il rapporto vita-lavoro dei dipendenti. Questo non esclude delle criticità, per i datori, a partire dalle maggiori difficoltà nel gestire i **rapporti tra colleghi e con i responsabili**, ma anche la necessità di pensare a nuovi modelli di leadership. I lavoratori, invece, lamentano l'aumento dell'isolamento e anche **l'incremento dei loro costi fissi**.

E' una modalità di organizzazione del lavoro che l'azienda intende continuare ad adottare come un ulteriore leva organizzativa per il miglioramento dell'attività amministrativa dell'ASL Ogliastra, in coerenza con la finalità dell'Azienda di valorizzare il lavoro per obiettivi quantificabili, nel rispetto delle normative vigenti.

La Legge di Bilancio per l'anno 2023, ha previsto la proroga allo smart working per i lavoratori fragili, per tutte le altre categorie, compresi i genitori di figli under 14, **dal primo gennaio 2023 sono in vigore le regole prima della pandemia**: il lavoro da remoto sarà possibile solo attraverso la stipula di accordo individuale **tra l'azienda e il lavoratore** o una rappresentanza sindacale. A tal fine datore di lavoro e lavoratore dovranno

sottoscrivere un apposito **accordo scritto** col quale stabiliscono che la prestazione lavorativa venga resa, a tempo determinato o indeterminato o, ancora, con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi:

- in parte all'esterno dei **locali aziendali**;
- senza precisi vincoli di **orario** o di luogo di lavoro;
- con l'eventuale utilizzo di **strumenti tecnologici**.

Nell'accordo, si regolamentano le modalità di svolgimento del rapporto di lavoro, ed in particolare:

- le forme di esercizio del **potere direttivo** e di controllo del datore di lavoro;
- i **tempi di riposo** del lavoratore;
- gli strumenti utilizzati dal lavoratore e le misure tecniche ed organizzative necessarie per assicurare la sua disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- quali possano essere le condotte del lavoratore sanzionabili a livello disciplinare.

Per assicurare la protezione dei dati e delle informazioni trattate, il dipendente deve porre in essere tutte le precauzioni per garantire la riservatezza dei dati, così come disposto dalle normative in materia di privacy, riservatezza e security.

Il lavoratore avrà diritto al medesimo trattamento economico spettante ai lavoratori che svolgono le stesse mansioni esclusivamente all'interno dell'azienda, agli stessi incentivi di performance, opportunità di carriera e economiche, incrementi di produttività, la formazione. Il lavoratore agile avrà diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa anche **all'esterno dei locali aziendali**.

Le parti potranno sempre recedere dall'accordo stipulato e riprendere con le forme più "tradizionali" di svolgimento del rapporto di lavoro. Il recesso avviene mediante **preavviso** non inferiore a 30 giorni, se si tratta di rapporto di lavoro a tempo indeterminato, (Il preavviso non è, tuttavia, richiesto se sussiste un giustificato motivo di recesso). Se il rapporto di lavoro è a tempo determinato, il recesso sarà possibile prima del termine solo in presenza di un giustificato motivo.

Ai dipendenti che rientrano, invece, nella classificazione dei fragili è consentito aderire allo smart working con regime semplificato fino al 30 giugno 2023, anche esercitando se necessario un'altra mansione.

Il Capo I del CCNL comparto sanità 2019-2021 disciplina il lavoro agile considerandolo come strumento per migliorare i servizi pubblici e l'innovazione organizzativa, garantendo l'equilibrio di tempi di vita e di lavoro e per il quale sono previsti specifici requisiti organizzativi e tecnologici.

L'Azienda intende trovare un **accordo coi sindacati** per disciplinare il ricorso al lavoro agile e porre in essere un regolamento di disciplina completo dell'istituto.

### 3.2. Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il Piano triennale del fabbisogno di personale per il triennio 2023/2025 della ASL Ogliastra è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 236 del 15/11/2022. L'incremento delle figure professionali nel triennio è determinato dalla riorganizzazione del sistema sanitario regionale previsto dalla LR. 24/2010 con l'istituzione della ASL n. 4 Ogliastra.

Le tabelle seguenti rappresentano la sintesi della strategia di copertura del fabbisogno triennale di personale, per il triennio 2023-2024-2025, con il dettaglio del numero di teste, costo e percentuale suddiviso per ruolo di appartenenza.

	31.12.2023			31.12.2024			31.12.2025		
	TESTE	COSTI	% SUL TOTALE	TESTE	COSTI	% SUL TOTALE	TESTE	COSTI	% SUL TOTALE
<b>Totale Sanitario</b>	529	19.038.942	72,27	529	19.038.942	72,27	529	19.038.942	72,27
<b>Totale Professionale</b>	2	72.174	0,27	2	72.174	0,27	2	72.174	0,27
<b>Totale Tecnico</b>	123	2.636.589	16,80	123	2.636.589	16,80	123	2.636.589	16,80
<b>Totale Amministrativo</b>	78	1.893.832	10,66	78	1.893.832	10,66	78	1.893.832	10,66
<b>TEMPO INDETERMINATO</b>	671		91,67	671		91,67	671		91,67
<b>TEMPO DETERMINATO</b>	61		8,33	61		8,33	61		8,33
<b>TOTALE</b>	732	23.641.537	100	732	23.641.537	100	732	23.641.537	100

Infine, si precisa che nell'allegato 6 è rappresentato il Piano del Fabbisogno del Personale Asl Ogliastra per triennio 2023-2025.

#### Formazione del personale

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

In coerenza con la disposizione sopra richiamata, nel corso del 2022 ARES Sardegna ha proceduto alla raccolta dei fabbisogni formativi delle diverse ASL e, quindi, all'adozione, con Deliberazione del proprio Direttore Generale n. 296 del 23/12/2022, all'approvazione del Piano Annuale della Formazione del Provider ARES 2023, nell'ambito del quale è stato definito il Piano formativo della ASL Ogliastra, come rappresentato nell'allegato 7.

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

## **SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

Il monitoraggio del Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10 c.1 lett.b del D.lgs 150/2009, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni ANAC.

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

- Valore Pubblico – Dipartimento di Staff - SC Programmazione Controllo di Gestione e Flussi;
- Performance – Dipartimento di Staff - SC Programmazione Controllo di Gestione e Flussi;
- Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT;
- Organizzazione e Capitale Umano – SSD Personale - SC Programmazione Controllo di Gestione e Flussi – Staff Direzione Generale.