

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

## **Versione Preliminare 2022**

(art. 6 decreto legge n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113/2021)

# Sommario

1. Premessa .....	4
2. Introduzione .....	7
3. Scheda anagrafica ASL Ogliastro .....	8
3.1. Chi Siamo .....	8
3.2. Come operiamo.....	8
4. Analisi del contesto .....	9
4.1. Organizzazione aziendale.....	12
4.2.1 Dati di attività – Assistenza ospedaliera .....	13
4.2.2 Indicatori di esito .....	19
4.2.3 Pronto soccorso.....	21
4.2.4 Dati di attività – Assistenza territoriale.....	26
5. La programmazione annuale.....	34
6. Albero della performance .....	36
6.1. Gli obiettivi strategici e operativi .....	37
6.2. La partecipazione dei cittadini e degli utenti.....	41
7. Dalla performance organizzativa alla performance individuale .....	45
7.1. Le azioni di miglioramento del processo di gestione della performance .....	46
8. Coordinamento e integrazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.....	48
8.1. Aree di rischio .....	50
8.2. Valutazione del rischio.....	51
8.3. Trattamento del rischio .....	51
9. Piano Per la Trasparenza .....	53
9.1. Il Programma di Trasparenza .....	53
9.2. Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell’ASL Ogliastro n. 4 di Lanusei.....	54
10. Rotazione del personale.....	55
10.1. Criteri per la rotazione ordinaria del personale.....	57
10.2. Rotazione ordinaria del personale dirigenziale .....	58
10.3. Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale .....	58
10.4. Rotazione straordinaria del personale .....	59
10.5. Tempistica ed immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria .....	59

10.6.	Durata della rotazione straordinaria .....	60
10.7.	Rapporto tra rotazione straordinaria e trasferimento d'ufficio in caso di rinvio a giudizio 60	
11.	Gestione del conflitto di interesse .....	61
12.	Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.....	65
12.1.	Nuovo art. 35 bis D.Lgs 165/2001 .....	65
13.	Incompatibilità/Inconferibilità incarichi.....	66
13.1.	Svolgimento di incarichi di ufficio - attività ed incarichi extraistituzionali .....	66
14.	Revolving door-Pantouflage .....	68
15.	Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing) .....	69
16.	Formazione .....	70
17.	Patto di Integrità negli affidamenti.....	71
18.	Monitoraggio dei tempi di conclusione dei procedimenti .....	72
19.	Misure Specifiche.....	73
20.	Misure Trasversali di Prevenzione .....	74
21.	Flussi informativi .....	75
22.	Giornate della Trasparenza .....	76
23.	Prospettive evolutive .....	77
24.	Relazione del RPCT .....	78
25.	Trasparenza e privacy.....	79
26.	Entrata in vigore.....	80
27.	Il lavoro agile (Pola).....	81
28.	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale.....	82
29.	Programmazione dei Fabbisogni Formativi.....	83

Si allegano al presente Piano:

1. Piano Triennale Anticorruzione e Trasparenza e relativo aggiornamento anno 2021 ATS Sardegna, Delibera Direttore Generale n.93 del 31.01.2019 e n. 246 del 31.03.2021;
2. Obblighi di pubblicazione 2021;
3. Tabella rischi e misure 2021;
4. Approvazione Piano Formativo aziendale 2022 adottato con Delibera del C.S. N. 963 del 21.12.2021;
5. Nota ATS Sardegna avente ad oggetto:” D.P.C.M..del 23 settembre 2021 – Misure in materia di pubblico impiego – Aggiornamento sulle modalità di applicazione del lavoro agile.”

# 1. 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 sburocrazizzazione per ridurre i costi e i tempi, e in tale ambito 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.

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 adempimento semplificato volto ad assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi forniti ai cittadini e alle imprese anche in materia di diritto di accesso e, altresì, a sostituire mediante l'assorbimento in un unico documento di programmazione e governance molti degli atti di pianificazione che fino ad oggi le Amministrazioni erano tenute a predisporre distintamente e che, salvo alcuni elementi di incertezza tuttora presenti, si possono indicare nei seguenti:

- il piano della **performance**;
- il piano della **prevenzione della corruzione e della trasparenza**;
- il piano dei **fabbisogni di personale**;
- il piano per il **lavoro agile**;
- la programmazione dei **fabbisogni formativi**.

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

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati
  - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale
  - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali
  - e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;

- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;
- le modalità di monitoraggio degli esiti con cadenza periodica.

Alla luce di quanto sopra esposto, appare doveroso, inoltre, evidenziare che la Legge Regionale n. 24/2020 ss.ii.mm. ha modificato e riorganizzato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, istituendo enti del servizio sanitario aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dotati di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile.

Nello specifico, la riforma sanitaria regionale ha previsto la scissione dell'Azienda per la Tutela della Salute – costituita con L.R. n. 17/2016 – in otto Aziende socio-sanitarie allocate presso tutte le province della Regione e la nascita dell'Azienda Regionale della Salute (ARES), e secondo quanto delineato dal progetto di scorporo di cui alla delibera del Commissario Straordinario n. 133/2020 prevede due fasi distinte:

Una prima fase transitoria, nella quale la nascita del nuovo soggetto giuridico ARES è caratterizzata da un subentro in tutte le posizioni ed i rapporti della ATS, strumentalmente finalizzato al perseguimento di tre macro obiettivi fondamentali:

- Garantire l'avvio delle ASL attraverso il passaggio da ATS delle relative funzioni assistenziali e contemporaneamente, avviare e svolgere, in concerto con i commissari/direttori dei nuovi soggetti, tutte le attività propedeutiche necessarie alla messa in regime del nuovo assetto organizzativo;
- Organizzare e svolgere funzioni che la L.R. n. 24/2020 assegna alla stessa ARES;
- Avviare le attività necessarie per la liquidazione di ATS relative a posizioni attive e passive al 31/12/2021 che non devono essere trasferite ai nuovi soggetti individuati dalla riforma sanitaria regionale.

Una seconda fase di messa a regime, con un graduale trasferimento di tutte le titolarità dei rapporti da ARES alle ASL, di effettuazione degli scorpori/incorporazioni previsti e di assunzione da parte di ARES di tutte le funzioni di supporto tecnico/amministrativo anche a favore delle aziende ospedaliere e della AREUS.

In base a quanto disposto dall'art. 3, co. 3 della Legge n.24/2020 l'ARES svolge - per le costituenti Aziende socio-sanitarie locali, l'ARNAS Brotzu, l'AREUS e le Aziende ospedaliere-universitarie di Cagliari e Sassari - le seguenti funzioni in maniera centralizzata:

- centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere della Sardegna ai sensi degli articoli 38 e 39 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici) e successive modifiche ed integrazioni, con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità. Nell'esercizio di tale funzione può avvalersi della centrale regionale di committenza di cui all'articolo 9 della legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 (legge finanziaria 2007), e successive modifiche ed integrazioni. Resta salva la facoltà di tutte le aziende di procedere direttamente all'acquisizione di beni e servizi nei limiti di quanto previsto dall'articolo 37 del decreto legislativo n. 50 del 2016;
- gestione delle procedure di selezione e concorso del personale del Servizio sanitario regionale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende; può delegare alle aziende sanitarie, sole o aggregate, le procedure concorsuali per l'assunzione di personale dotato di elevata specificità;
- gestione delle competenze economiche e della gestione della situazione contributiva e previdenziale del personale delle aziende sanitarie regionali;
- gestione degli aspetti legati al governo delle presenze nel servizio del personale;
- omogeneizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende;
- omogeneizzazione della gestione del patrimonio;
- supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
- procedure di accreditamento ECM;
- servizi tecnici per la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health technology assessment - HTA), servizi tecnici per la fisica sanitaria e l'ingegneria clinica;
- gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
- progressiva razionalizzazione del sistema logistico;
- gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie;
- gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato;
- tutte le competenze in materia di controlli di appropriatezza e di congruità dei ricoveri ospedalieri di qualunque tipologia, utilizzando metodiche identiche per tutte le strutture pubbliche e private. Il valore dei ricoveri giudicati inappropriati è scontato dalle spettanze alla struttura interessata al pagamento immediatamente successivo alla notifica del giudizio definitivo di appropriatezza.

## **2. Introduzione**

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) è un piano preliminare e provvisorio – limitato all'anno 2022 – in quanto elaborato in una fase in cui sono ancora in implementazione le variazioni dell'assetto istituzionale e organizzativo dettate dal processo di riforma sanitaria previsto dalla L.R. n. 24/2020.

Inoltre, considerate anche le criticità legate al rispetto del termine del 30 aprile per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), si ritiene opportuno dover anticipare la predisposizione ed approvazione di un piano preliminare, al fine di assicurare la continuità della gestione del ciclo di programmazione aziendale e garantire la completa operatività dell'Azienda.

Appare doveroso, rappresentare che l'Azienda è stata costituita a decorrere dal 1 gennaio 2022 e la mancanza delle Linee Guida per la predisposizione dell'Atto Aziendale non hanno consentito di poter aprire un tavolo di confronto con le articolazioni aziendali tali da determinare una adeguata elaborazione del presente Piano.

Pertanto, tutti gli atti di pianificazione così come declinati nel presente Piano, saranno oggetto di aggiornamento sia per allinearli alla nuova programmazione aziendale e, altresì, per garantire un adeguato e costante livello di funzionalità nell'anno 2022 anche in relazione agli obiettivi in corso di attribuzione alla Direzione Generale.

## 3. Scheda anagrafica ASL Ogliastra

### 3.1. Chi Siamo

Un sintetico sguardo ad identità e organizzazione dell'ASL Ogliastra è utile per comprendere maggiormente le dinamiche, i riferimenti, la tipologia dei processi e delle attività che consentono di determinare e definire misure, azioni e interventi.

L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra, in base a quanto previsto dall'art.47, comma 12 della L.R. n. 24/2020, è stata costituita a decorrere dal 1 gennaio 2022; è un ente con personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione.

L'Azienda sanitaria ha la sua sede legale in Lanusei, via Piscinas 5, codice fiscale e partita iva 01620420917 ed è disciplinata dalle vigenti disposizioni di legge concernenti le Aziende Unità Sanitarie Locali di cui al D.lgs. n. 502 del 1992 e ss.mm.ii.

Svolge le funzioni assegnate di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio dell'Ogliastra composta da 23 comuni: Arzana, Bari Sardo, Baunei, Cardedu, Elini, Gairo, Girasole, Ilbono, Jerzu, Lanusei, Loceri, Lotzorai, Osini, Perdasdefogu, Seui, Talana, Tertenia, Tortolì, Triei, Ulassai, Urzulei, Ussassai e Villagrande Strisaili.



### 3.2. Come operiamo

L'ASL Ogliastra è finalizzata in maniera fondamentale al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda. Si impegna a perseguire questi obiettivi, ispirandosi ai principi di uguaglianza, di imparzialità, di partecipazione, di continuità, di efficienza, efficacia e di economicità.



Tali obiettivi si concretizzano con azioni finalizzate a garantire la:

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

Equità: garantire pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni e ai servizi su tutto il territorio di competenza, a parità di bisogno di salute.

Legalità: garantire la legalità, assicurando che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti.

Trasparenza: garantire ai portatori di interessi, relazioni trasparenti volte al raffronto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato esponenziali di interessi diffusi;

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

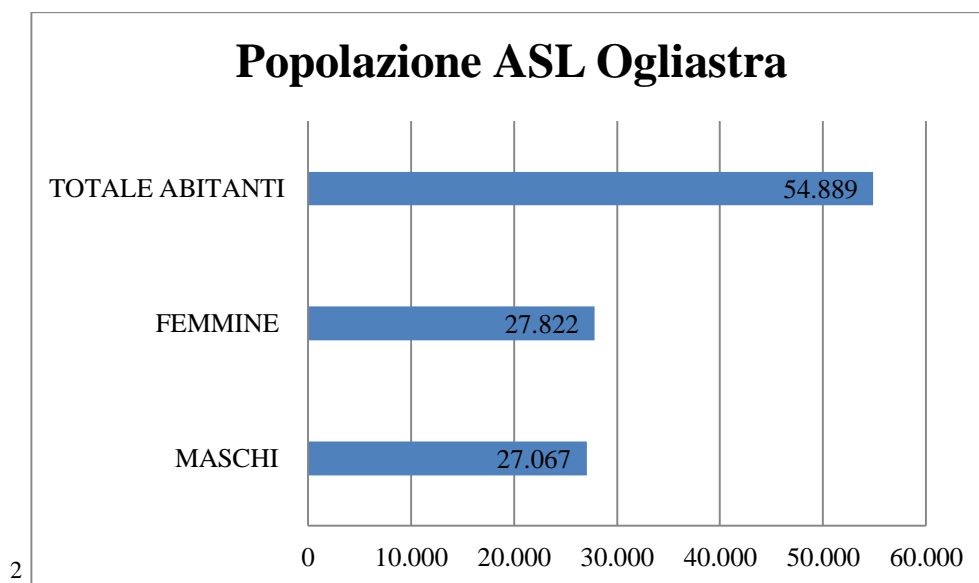
## **4. Analisi del contesto**

Il contesto in cui opera l'Azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che determinano una continua ricerca di nuove modalità di offerta di servizi.

Lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche, sociali ed epidemiologiche, rende necessario l'introduzione di un sistema di politica sanitaria incentrata sull'integrazione e il riequilibrio tra assistenza ospedaliera e territoriale.

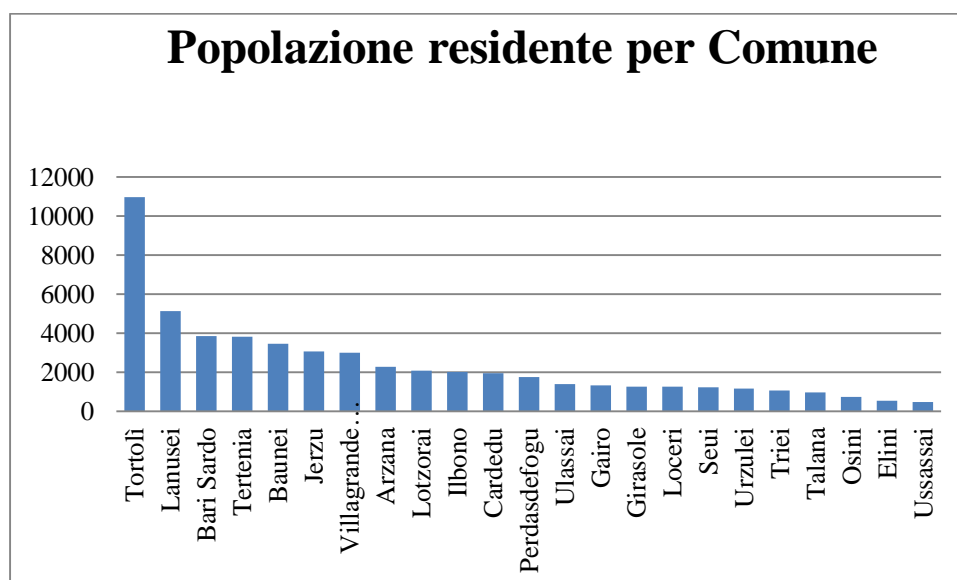
Ancora oggi, l'ASL Ogliastra si conferma come snodo organizzativo e logistico al quale rivolgersi per ricevere una risposta qualificata in relazione ai diversi bisogni di assistenza territoriale integrata con la rete di assistenza specialistica e ospedaliera.

Alla luce di quanto esposto, la popolazione del territorio di competenza dell'ASL Ogliastra al 01.01.2021 ammonta a 54.889 ab. di cui 27.067 maschi e 27.822 femmine. L'area si estende per 1.854 kmq con una densità di popolazione pari a 29,60 ab. per km.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT al 01.01.2021

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi in quanto la maggioranza dei comuni che compongono la provincia sono di medie e piccole dimensioni.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT al 01.01.2021

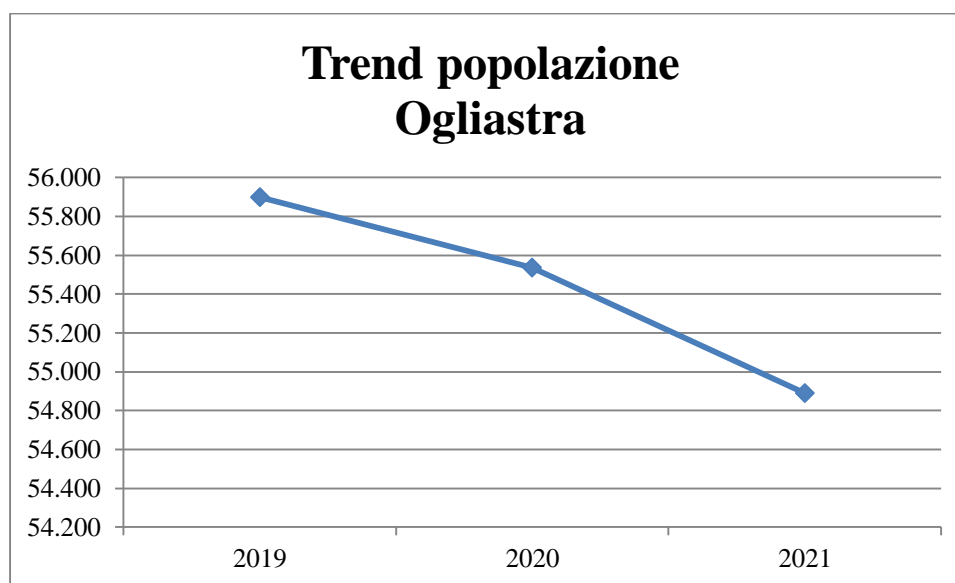
Comuni	Maschi	Femmine	Totale	Km <sup>2</sup>	Densità 01.01.21
<b>Arzana</b>	1.155	1.130	2.285	162,60	14,05
<b>Barisardo</b>	1.857	1.991	3.848	37,53	102,53
<b>Baunei</b>	1.702	1.767	3.469	216,50	16,02
<b>Cardedu</b>	940	1.008	1.948	32,33	60,25
<b>Elini</b>	272	285	557	10,90	51,10
<b>Gairo</b>	659	658	1.317	78,46	16,78
<b>Girasole</b>	641	637	1.278	12,98	98,45
<b>Ilbono</b>	986	1.028	2.014	30,91	65,15
<b>Jerzu</b>	1.515	1.554	3.069	102,60	29,91
<b>Lanusei</b>	2.546	2.608	5.154	53,38	96,55

<b>Loceri</b>	620	645	1.265	19,31	65,51
<b>Lotzorai</b>	1.013	1.087	2.100	16,84	124,70
<b>Osini</b>	385	355	740	39,68	18,64
<b>Perdasdefogu</b>	881	876	1.757	77,73	22,60
<b>Seui</b>	617	601	1.218	148,20	8,21
<b>Talana</b>	467	504	971	117,90	8,23
<b>Tertenia</b>	1.899	1.940	3.839	117,80	32,58
<b>Tortolì</b>	5.373	5.596	10.969	39,97	274,43
<b>Triei</b>	531	524	1.055	28,54	36,96
<b>Ulassai</b>	673	720	1.393	122,10	11,40
<b>Urzulei</b>	571	583	1.154	129,90	8,88
<b>Ussassai</b>	245	247	492	47,30	10,40
<b>Villagrande Strisaili</b>	1.519	1.478	2.997	210,80	14,21
<b>Totali</b>	27.067	27.822	54.889	1.854,26	29,60

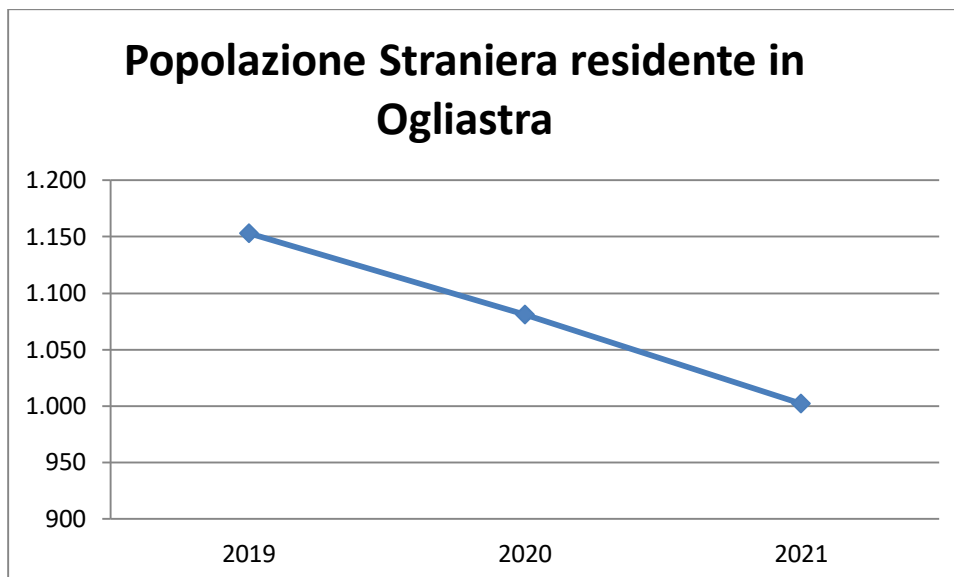
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT al 01.01.2021

Analizzando i dati, la stragrande maggioranza dei 54.889 residenti si concentra in pochi centri urbani di medie dimensioni, gli altri centri, molto piccoli, tutti nella zona interna sono soggetti a spopolamento.

Questa tendenza è confermata con i valori registrati negli ultimi anni. L'Ogliastra nell'arco di tre anni ha visto diminuire la popolazione residente di 1008 individui. I flussi migratori non riescono più a compensare il calo demografico, dato che anche il saldo migratorio totale ha assunto valori negativi già da alcuni anni.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT al 01.01.2021



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT al 01.01.2021

Pertanto, l'area ogliastrina mostra una forte disomogeneità territoriale in quanto questa è divisa in due aree, quella costiera e quella interna montana e una viabilità complessa e critica con tempi di percorrenza tra alcuni comuni e i presidi sanitari di riferimento alquanto critici nel garantire tempestività di cura e assistenza per la tipologia orografica insita nella viabilità montana.

Questo contesto evidenzia la necessità di fornire adeguati servizi capaci di rispondere ai reali bisogni sanitari di una popolazione sommariamente sopra descritta. Da una parte servizi sanitari essenziali in loco, dall'altra percorsi assistenziali integrati con le comunità di riferimento, collegamenti efficienti con presidi sanitari di alta specialità contigui all'area, servizio di 118.

L'offerta sanitaria si concentra e si articola nel Presidio Ospedaliero Nostra Signora della Mercede, a gestione diretta, nella struttura privata accreditata Casa di Cura Tommasini di Jerzu, nel Distretto sanitario di Tortolì e nei dipartimenti di Prevenzione e Salute Mentale e Dipendenze.

Infine, per l'esame del contesto esterno in cui l'ASL Ogliastro opera, si rinvia all'analisi allegata al Piano Triennale pubblicato per il triennio 2019-2021 da ATS Sardegna.

## **4.1. Organizzazione aziendale**

Alla luce di quanto espresso in premessa e considerata la necessità – nelle more dell'adozione dell'Atto Aziendale ASL Ogliastro- di garantire continuità dei servizi e una gestione efficace degli stessi è stata confermata, con Delibera del Direttore Generale n. 27 del 24.02.2022 e con delibera n. 64 del 04.04.2022 che dal 1 gennaio fino al 30 giugno e comunque non oltre il tempo necessario per l'adozione dell'Atto Aziendale l'organizzazione già presente al 31.12.2021 in ATS-ASSL Lanusei.

Ad oggi, come anticipato, non è stato ancora adottato l'Atto Aziendale, che risulta in corso di elaborazione e, pertanto, l'Azienda risulta strutturata, in ossequio a quanto disposto dall'art. 3 co. 1 bis, del D.Lgs n.502/92 e ss.mm.ii. e dall'art. 10, co. 1 e 3 della L.R. n. 24/2020, dal Direttore

Generale Delegato nominato con Deliberazione n. 15 del 04/02/2022 ed è coadiuvato dal Direttore Amministrativo f.f., nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 2 del 04/01/2022 e dal Direttore Sanitario f.f., nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 3 del 04/01/2022.

Sotto il profilo amministrativo, attualmente, l'Azienda è composta da un unico servizio staff di area, al cui interno è compreso il servizio S.S. Di Programmazione e Controllo.

In ogni caso la riforma attuata, con la sopra citata L.R. n. 24/2020 prevede di affidare alle Aziende socio-sanitarie locali la responsabilità dei processi assistenziali nei rispettivi territori di competenza e ad ARES di assicurare in maniera centralizzata le funzioni di supporto tecnico-amministrativo per tutte le aziende sanitarie di erogazione del sistema regionale.

#### **4.2.1 Dati di attività – Assistenza ospedaliera**

L'assistenza ospedaliera è garantita dal Presidio Ospedaliero "Nostra Signora della Mercedes" a gestione diretta e dalla struttura privata convenzionata "Casa di Cura Tommasini" con un'offerta di posti letto pari a 183 posti complessivi acuti e post acuti di cui 117 pubblici e 66 privati.

L'attività di ricovero del Presidio Ospedaliero e della Casa di Cura Tommasini ha subito una forte riduzione nell'anno 2020 a causa della pandemia e nell'anno 2021 è stata gradualmente ripresa l'attività in quasi tutte le discipline come evidenziato nelle tabelle seguenti.

Stabilimento	Disciplina*	2021				2020				Delta su totale dimessi		Delta su totale dimessi (netto COVID)	
		Totali Dimessi	DH	DO	<i>Di cui totale dimessi COVID</i>	Totali Dimessi	DH	DO	<i>Di cui totale dimessi COVID</i>	Assoluto	%	Assoluto	%
PO Nostra Signora della Mercede	2601 - Medicina Generale	1.399	65	1.334	1	1.373	83	1.290	6	26	2%	-5	-83%
	0801 - Cardiologia	400	49	351		339	40	299		61	18%	0	
	5001 - Unità Coronarica	44		44		39		39		5	13%	0	
	2603 - Nefrologia	75	4	71		52	8	44		23	44%	0	
	3101 - Nido	257		257		275		275		-18	-7%	0	
	3901 - Pediatria	196	1	195		171		171		25	15%	0	
	0901 - Chirurgia Generale	1.176	206	970		876	99	777		300	34%	0	
	3601 - Ortopedia E Traumatologia	374	113	261		101	38	63		273	270%	0	
	3701 - Ostetricia E Ginecologia	654	201	453		597	92	505		57	10%	0	
	4901 - Terapia Intensiva	126		126	1	110	4	106	2	16	15%	-1	-50%
	<b>Totale</b>	<b>4.701</b>	<b>639</b>	<b>4.062</b>	<b>2</b>	<b>3.933</b>	<b>364</b>	<b>3.569</b>	<b>8</b>	<b>768</b>	<b>414%</b>	<b>-6</b>	<b>-75%</b>

Fonte dati: ABACO

		2021				2020				Delta su totale dimessi		Delta su totale dimessi (netto COVID)	
Stabilimento	Disciplina*	Totali Dimessi	DH	DO	<i>Di cui totale dimessi COVID</i>	Totali Dimessi	DH	DO	<i>Di cui totale dimessi COVID</i>	Assoluto	%	Assoluto	%
Casa di Cura M. Tommasini	2101 - Geriatria	484	56	428		496	60	436		-12	-2%	0	
	2601 - Medicina Generale	302	96	206	1	312	81	231		-10	-3%	1	
	5601 - Medicina Fisica E Riabilitazione	205		205		183		183		22	12%	0	
	6001 - Lungodegenti	90		90		124		124		-34	-27%	0	
	9801 - Day Surgery	899	899			757	757			142	19%	0	
	<b>Totale</b>	<b>1.980</b>	<b>1.051</b>	<b>929</b>	<b>1</b>	<b>1.872</b>	<b>898</b>	<b>974</b>	<b>0</b>	<b>108</b>	<b>6%</b>	<b>1</b>	<b>0%</b>

Fonte dati: **ABACO**

		2021				2020				Delta peso medio		Delta (netto COVID)	
Stabilimento	Disciplina*	Peso medio	DH	DO	Di cui COVID	Peso medio	DH	DO	Di cui COVID	Assoluto	%	Assoluto	%
PO Nostra Signora della Mercede Lanusei	2601 - Medicina Generale	1,05	0,92	1,06	0,66	1,04	1,04	1,04	0,81	0,01	1%	0,16	70%
	0801 - Cardiologia	1,09	0,95	1,11		1,14	0,89	1,17		-0,05	-4%	-0,05	-4%
	2603 - Nefrologia e Dialisi	0,95	0,95	0,95		1,05	0,85	1,09		-0,10	-10%	-0,10	-9%
	3101 - Nido	0,18		0,18		0,18		0,18		0,00	0%	0,00	0%
	3901 - Pediatria	0,55	0,58	0,55		0,55		0,55		0,00	0%	0,00	0%
	0901 - Chirurgia Generale	1,03	0,73	1,10		1,11	0,76	1,15		-0,08	-7%	-0,08	-7%
	3601 - Ortopedia E Traumatologia	0,97	0,84	1,03		0,84	0,87	0,83		0,13	15%	0,13	16%
	3701 - Ostetricia E Ginecologia	0,62	0,64	0,61		0,58	0,65	0,56		0,04	7%	0,04	7%
	4901 - Terapia Intensiva	1,64	0,00	1,64	1,26	1,89	0,66	1,93	4,04	-0,25	-13%	2,53	-118%
	5001 - Unità Coronarica	1,04	0,00	1,04		1,09		1,09		-0,05	-5%	-0,05	-5%
		<b>Totale</b>	<b>0,93</b>	<b>0,76</b>	<b>0,96</b>		<b>0,93</b>	<b>0,82</b>	<b>0,94</b>		<b>0,00</b>	<b>0%</b>	<b>0,00</b>

Fonte dati: ABACO



Stabilimento	Disciplina*	2021	2020	Delta degenza media	
		Degenza Media	Degenza Media	Assoluto	%
PO Nostra Signora della Mercede Lanusei	2601 - Medicina Generale	5,62	5,14	0,48	9,3%
	0801 - Cardiologia	6,16	6,73	-0,57	-8,5%
	3101 - Nido	3,46	3,6	-0,14	-3,9%
	3901 - Pediatria	4,49	3,6	0,89	24,7%
	0901 - Chirurgia Generale	5,57	5,55	0,02	0,4%
	3601 - Ortopedia E Traumatologia	3,74	1,11	2,63	236,9%
	3701 - Ostetricia E Ginecologia	4,31	3,61	0,7	19,4%
	4901 - Terapia Intensiva	6,44	8,06	-1,62	-20,1%
	5001 - Unità Coronarica	2,91	2,49	0,42	17%
	<b>Totale</b>	<b>5,19</b>	<b>4,94</b>	<b>0,25</b>	<b>5,1%</b>

Fonte dati: **ABACO**

<b>Stabilimento</b>	<b>Indicatore</b>	<b>2021</b>	<b>2020</b>	<b>Delta assoluto</b>	<b>Delta percentuale</b>
Presidio Nostra Signora della Mercede	Occupazione PL DH	32,6%	26,2%	6%	24,6%
	Occupazione PL RO	59,0%	50,4%	9%	16,9%
	RO - Indice di rotazione	46,59	41,61	4,98	12,%
	RO - Turn Over	3,22	4,36	-1,14	-26,3%
	Degenza media	5,19	4,94	0,25	5,1%
	RO - Giorni Deg Media Preoperatoria	nd	nd	nd	nd
	Peso Medio DO	0,96	0,94	0,02	2%
	Peso Medio DH	0,76	0,82	-0,06	-7%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	1.266	1.108	158	14,3%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	53,2%	63,8%	-11%	-16,7%
	% Ricoveri urgenti brevi	17,9%	19,8%	-2%	-9,5%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	16,7%	14,1%	3%	19,1%
% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	31,8%	15,1%	17%	111,%	

Fonte dati: **ABACO**

## 4.2.2 Indicatori di esito

Si riporta di seguito il treemap del PNE 2021, dati di attività 2020 (ultimo disponibile), per analizzare successivamente gli scostamenti registrati nel corso del 2021 per i principali indicatori di ciascuna area clinica.

Il Treemap del Piano Nazionale Esiti, che individua le aree cliniche principali assegnandole una valutazione sulla base degli indicatori maggiormente significativi, evidenzia per l'anno 2020 per il Presidio Ospedaliero Nostra Signora della Mercede di Lanusei:

- un livello molto alto di aderenza agli standard di qualità nell'area clinica della chirurgia generale, dato da un livello alto dall'indicatore “colecistectomia laparoscopica – % di ricoveri con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni”;
- un livello medio di aderenza agli standard di qualità nell'area clinica cardiocircolatorio - dato dal un livello alto dell'indicatore infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni, da un livello molto basso nell'indicatore “Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni” e da un livello medio nell'indicatore “Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni”;
- un livello basso di aderenza agli standard di qualità nell'area clinica respiratorio - dato dal un livello basso dell'area respiratorio è rappresentata dall'unico indicatore “BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni”
- un livello molto basso di aderenza agli standard di qualità nelle aree gravidanza e parto - dato dai volumi di attività inferiori a quelli fissati dal Regolamento sulla definizione degli standard ospedalieri (DM 70/2015) oltre che dal valore dell'indicatore.
- Area chirurgia oncologica - ND – volumi di attività inferiori alla soglia fissata dal Regolamento sulla definizione degli standard ospedalieri (DM 70/2015);

### ➤ **Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni**

Si registra nel 2021 un miglioramento dell'indicatore che passa da 6,06% a 14,67% con un incremento del 8,61%.

Struttura	2021			2020			Δ 21-20
	Num	Den	%	Num	Den	%	%
	N. Ricoveri Intervento entro 2 gg	Totale Ricoveri IMA		N. Ricoveri Intervento entro 2 gg	Totale Ricoveri IMA		
PO Nostra Signora della Mercede	11	75	14,67%	4	66	6,06%	8,61%

Fonte dati: 3M 360

### ➤ **Numero di fratture del femore operate entro 2 giorni a pazienti over 65**

In merito a tale indicatore è necessario precisare che il reparto di ortopedia è stato chiuso relativamente alle degenze nell'anno 2019 e solo a fine anno 2021 è stato possibile riaprire il reparto.

Struttura	2021			2020			Δ 21-20
	Num	Den	%	Num	Den	%	%
	N. Ricoveri Intervento entro 2 gg	Totale Ricoveri con Frattura		N. Ricoveri Intervento entro 2 gg	Totale Ricoveri con Frattura		
PO Nostra Signora della Mercede	11	26	42,31%	0	2	0%	42,31%

Fonte dati: 3M 360

➤ **Percentuale parti cesarei primati (PCP)**

Si registra un miglioramento dell'indicatore che passa da 29,43% a 27,87% con una diminuzione di -1,56% anche se il valore rimane più alto del valore standard.

Struttura	2021			2020			Δ 21-20
	Num	Den	%	Num	Den	%	%
	Totale dimessi PCP	Totale dimessi		Totale dimessi PCP	Totale dimessi		
PO Nostra Signora della Mercede	68	244	27,87%	83	282	29,43%	-1,56%

Fonte dati: 3M 360

➤ **Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**

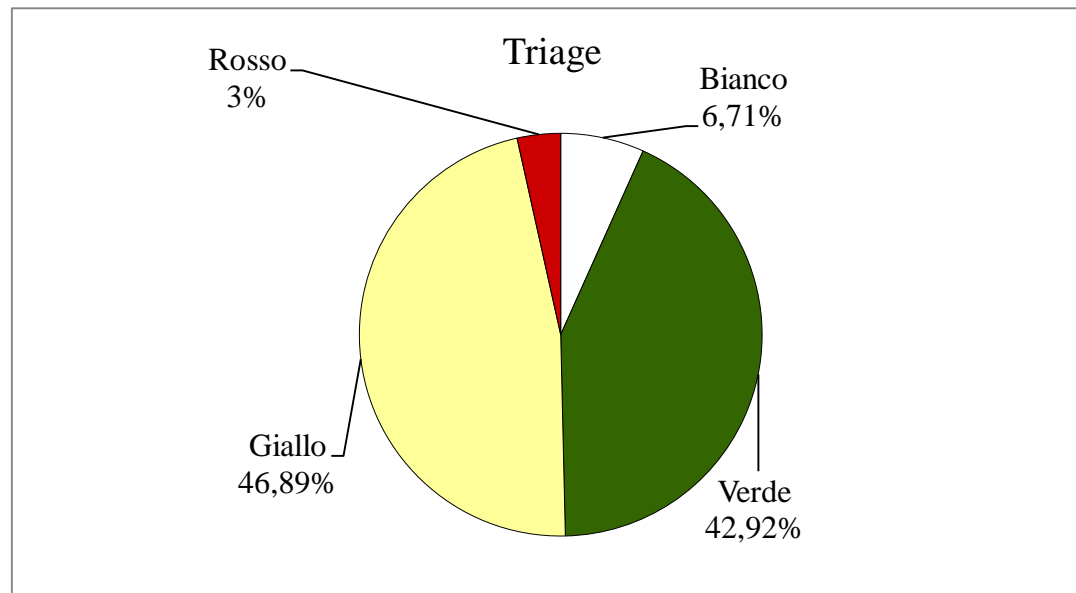
Nell'anno 2021 si registra un notevole miglioramento dell'indicatore che passa da un livello già molto alto pari a 77,36% nell'anno 2020 a 95,16% nell'anno 2021 con un incremento del 17,80%

Struttura	2021			2020			Δ 21-20
	Num	Den	%	Num	Den	%	%
	N. Ricoveri Degenza Postop<3gg	Totale Ricoveri con Intervento		N. Ricoveri Degenza Postop<3gg	Totale Ricoveri con Intervento		
PO Nostra Signora della Mercede	59	62	95,16%	41	53	77,36%	17,80%

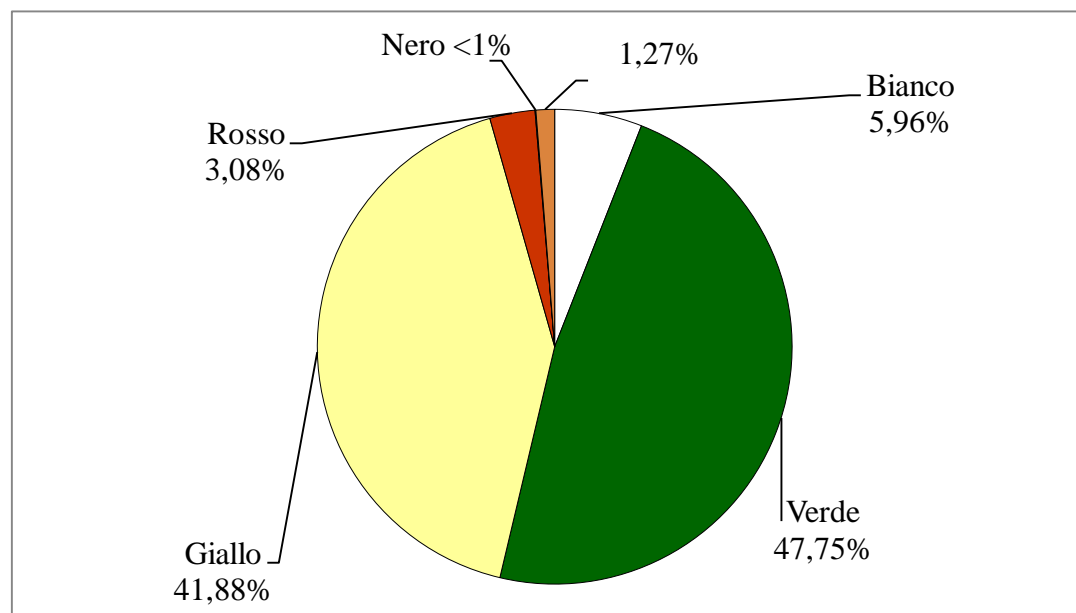
Fonte dati: 3M 360

### 4.2.3 Pronto soccorso

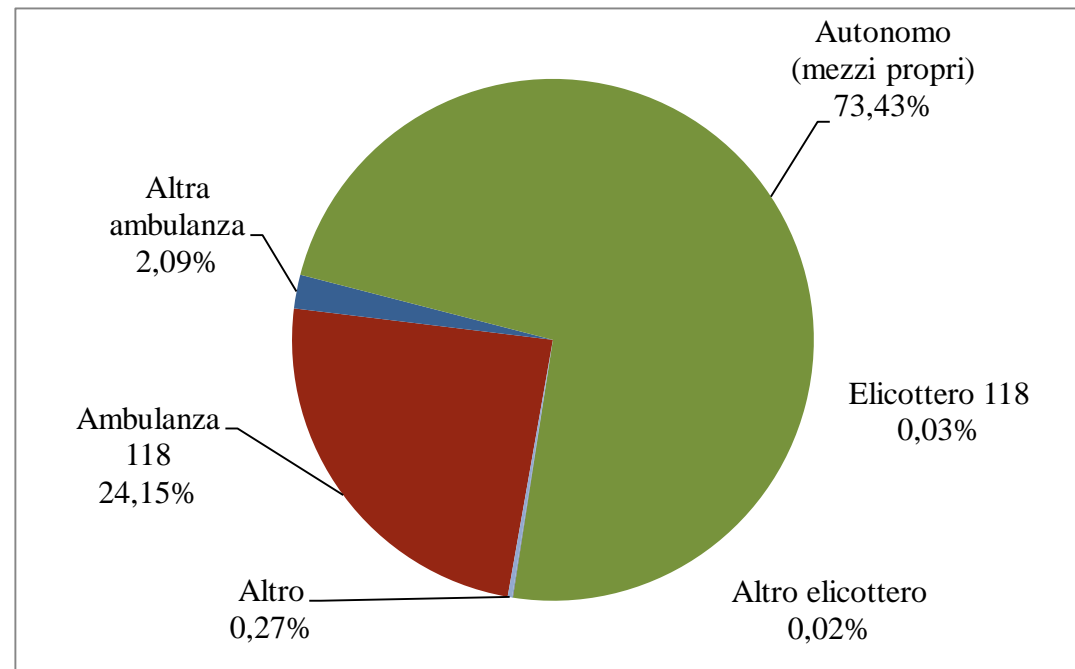
Triage	Casi	Importo
Bianco	821	€ 38.815,50
Verde	5251	€ 419.172,87
Giallo	5736	€ 648.939,00
Rosso	426	€ 67.255,94
Nero		
Non eseguito		
<b>Totale</b>	<b>12.234</b>	<b>€ 1.174.183,31</b>



Livello appropriatezza accesso	Casi	Importo
Bianco	729	€ 34.831,24
Verde	5842	€ 475.215,83
Giallo	5124	€ 598.976,24
Rosso	377	€ 61.422,60
Nero	7	€ 1.367,04
	155	€ 2.104,48
<b>Totale</b>	<b>12.234</b>	<b>€ 1.173.917,43</b>

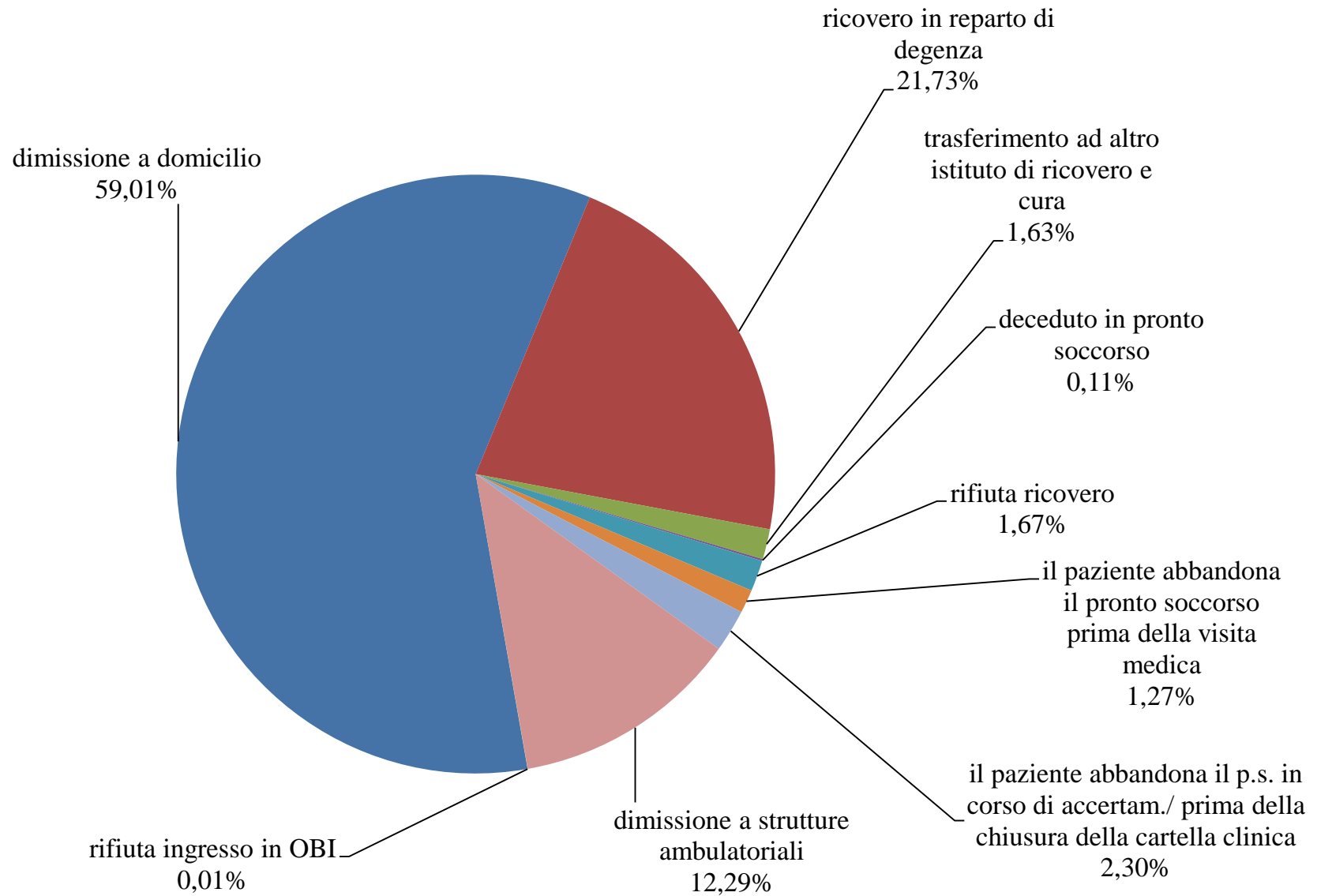


Cod	Modalità di arrivo	Casi	Importo
1	Ambulanza 118	2954	€ 393.731,79
2	Altra ambulanza	256	€ 27.965,35
3	Autonomo (mezzi propri)	8984	€ 749.195,17
4	elicottero 118	4	€ 916,91
5	altro elicottero	3	€ 103,30
7	Altro(amb.Vigilidel fuoco, polizia,ecc)		
9	Non rilevato	33	€ 2.229,33
	<b>Totale</b>	<b>12.234</b>	<b>€ 1.174.141,85</b>



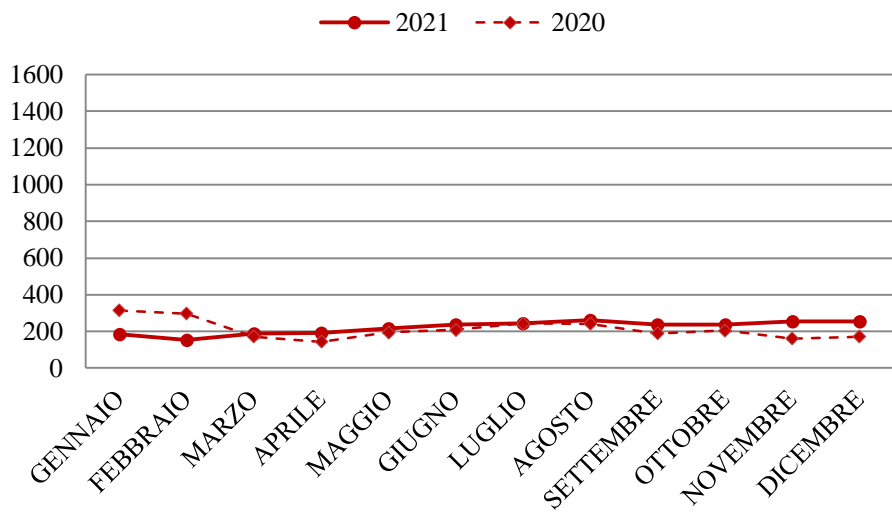
<b>cod.</b>	<b>Esito trattamento</b>	<b>Casi</b>	<b>Importo</b>
1	dimissione a domicilio	7219	€ 622.194,75
2	ricovero in reparto di degenza	2658	€ 344.404,91
3	trasferimento ad altro istituto di ricovero e cura	199	€ 27.429,43
4	deceduto in pronto soccorso	13	€ 2.675,81
5	rifiuta ricovero	204	€ 32.589,75
6	il paziente abbandona il pronto soccorso prima della visita medica	155	€ 2.370,22
7	il paziente abbandona il p.s. in corso di accertam./ prima della chiusura della cartella clinica	281	€ 22.355,01
8	dimissione a strutture ambulatoriali	1504	€ 120.032,36
B	rifiuta ingresso in OBI	1	€ 89,61
<b>Totale</b>		<b>12.234</b>	<b>€ 1.174.141,85</b>

## Esito trattamento

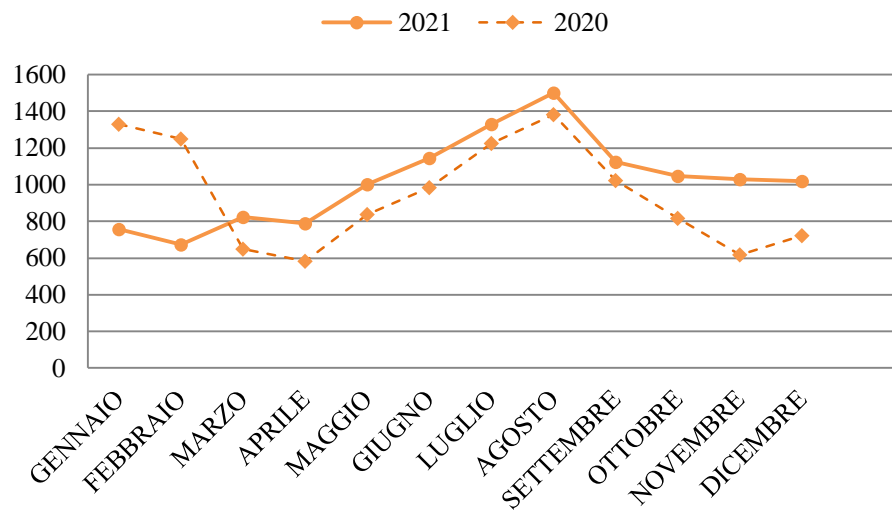




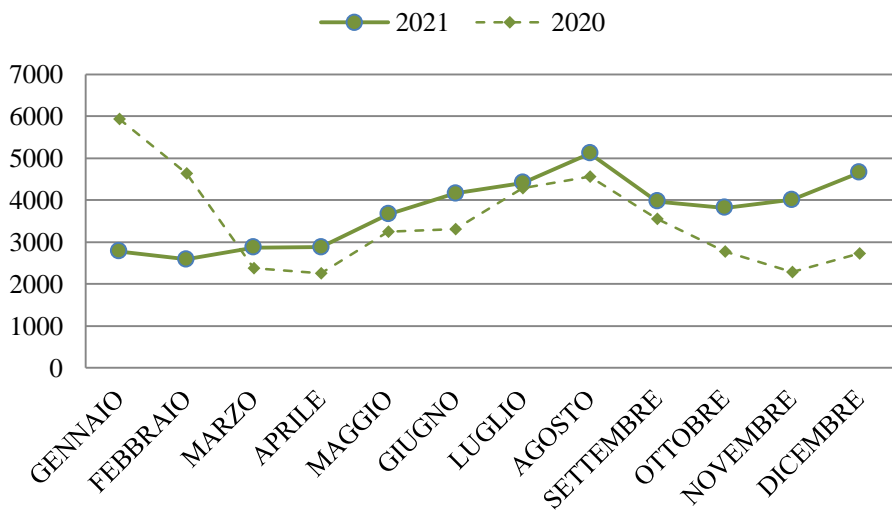
### Utenti ricoverati



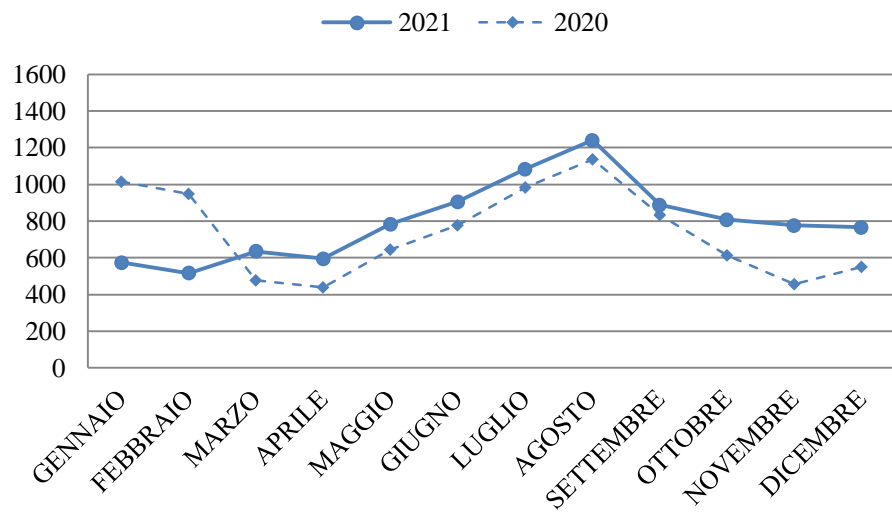
### Totale accessi



### Prestazioni



### Utenti non ricoverati



#### **4.2.4 Dati di attività – Assistenza territoriale**

L'assistenza territoriale è garantita dal Distretto territoriale, dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, dall'attività di specialistica ambulatoriale del Presidio Ospedaliero e dalle strutture private convenzionate.

Il distretto costituisce la sede di erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio sanitaria delle strutture territoriali, nelle varie forme assistenziali, domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, dell'attività specialistica ambulatoriale, dell'assistenza integrativa, protesica e del coordinamento del Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona (PLUS). Il Distretto è organizzato in tre sedi di produzione/erogazione: Lanusei, Tortolì e Jerzu dove sono dislocati i poliambulatori ed i servizi connessi con l'assistenza territoriale nelle diverse articolazioni sopra citate. A Tortolì è presente una struttura residenziale e semiresidenziale per anziani di proprietà dell'ASSL affidata a gestione esterna.

Nel corso del 2019 sono stati istituiti i tre Dipartimenti ATS di Salute Mentale e Dipendenze previsti dall'Atto Aziendale: Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Nord, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Centro e Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Sud. All'interno del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Centro sono previste la struttura SC Cure Territoriali – CSM Lanusei e SC SPDC Nuoro-Lanusei. Inoltre la neuropsichiatria infantile precedentemente afferente al Consultorio di Lanusei nell'atto aziendale afferisce alla SC Neuropsichiatria infantile del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Centro.

L'attività specialistica delle strutture pubbliche ha subito una forte riduzione nell'anno 2020 a causa della pandemia e nell'anno 2021 è stata gradualmente ripresa l'attività.

STRUTT.	DENOMINAZ. STRUTTURA	BRANCA	DESCRIZIONE	2021			2020			DELTA	
				CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	ASS.	%
004200	POLIAMBULATORIO TORTOLI'	01	Anestesia	190	112		120	71	0	70	58%
		02	Cardiologia	3107	17.224		2.720	13.500	0	387	14%
		03	Chirurgia Generale	63	104		129	414	0	-66	-51%
		06	Dermosifilopatia	99	203		81	187	0	18	22%
		12	Medicina Fisica e Riabilitazione	5.780	12.525		4.638	9.974	0	1.142	25%
		13	Nefrologia	1.561	59.632		2.195	82.962	0	-634	-29%
		15	Neurologia	252	1.009		154	615	0	98	64%
		16	Oculistica	1.846	6.038		1.514	5.375	0	332	22%
		17	Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	1.887	7.761		1.195	5.157	0	692	58%
		18	Oncologia	109	323		99	287	0	10	10%
		19	Ortopedia e Traumatologia	52	174		5	31	0	47	940%
		20	Ostetricia e Ginecologia	555	2.487		617	2.767	0	-62	-10%
		21	Otorinolaringoiatria	801	1.493		514	995	0	287	56%
		22	Pneumologia	22	105		0	0	0	22	
		23	Psichiatria	255	1.081		242	869	0	13	5%
		25	Urologia	82	186		104	258	0	-22	-21%
26	Altre prestazioni	9.613	41.464		8.254	29.187	0	1359	16%		
<b>TOTALE POLIAMBULATORIO TORTOLI'</b>				<b>26.274</b>	<b>151.921</b>	<b>0</b>	<b>22.581</b>	<b>15.2649</b>	<b>0</b>	<b>3.693</b>	<b>16%</b>

Fonte: STS21

STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	BRANCA	DESCRIZIONE	2021			2020			DELTA	
				CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	ASSOLUTO	%
004300	POLIAMBULATORIO IERZU	01	Anestesia	15	9		90	53	0	-75	-83%
		02	Cardiologia	1.238	5.156		963	4.114	0	275	29%
		03	Chirurgia Generale	64	86		40	126	0	24	60%
		04	Chirurgia Plastica	1	6		0	0	0	1	
		06	Dermosifilopatia	27	67		44	127	0	-17	-39%
		09	Endocrinologia	172	725		198	817	0	-26	-13%
		12	Medicina Fisica e Riabilitazione	1.638	2.955		2.936	4.730	0	-1.298	-44%
		15	Neurologia	106	424		89	356	0	17	19%
		16	Oculistica	1.006	3.350		887	3.082	0	119	13%
		17	Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	611	2337		529	2.155	0	82	16%
		18	Oncologia	110	327		76	222	0	34	45%
		19	Ortopedia e Traumatologia	4	12		4	12	0	0	0%
		20	Ostetricia e Ginecologia	519	3547		357	2146	0	162	45%
		21	Otorinolaringoiatria	398	744		323	622	0	75	23%
26	Altre prestazioni	3.763	12.487		1.539	4.866	0	2.224	145%		
<b>TOTALE POLIAMBULATORIO IERZU</b>				<b>9.672</b>	<b>32.232</b>	<b>0</b>	<b>8.075</b>	<b>23.428</b>	<b>0</b>	<b>1.597</b>	<b>20%</b>

Fonte: STS21

STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	BRANCA	DESCRIZIONE	2021			2020			DELTA	
				CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	ASSOLUTO	%
040001	POLIAMBULATORIO LANUSEI	02	Cardiologia	1.506	6.890		1.023	5.092	0	483	47%
		03	Chirurgia Generale	11	126		52	362	0	-41	-79%
		04	Chirurgia Plastica	72	396		0	0	0	72	
		06	Dermosifilopatia	171	559		352	1.423	0	-181	-51%
		09	Endocrinologia	505	2.139		325	1.396	0	180	55%
		12	Medicina Fisica e Riabilitazione	253	488		428	1.348	0	-175	-41%
		15	Neurologia	346	1.385		180	713	0	166	92%
		16	Oculistica	1.240	4.169		1.037	3.786	0	203	20%
		17	Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	697	2515		403	1.448	0	294	73%
		18	Oncologia	148	444		150	450	0	-2	-1%
		19	Ortopedia e Traumatologia	8	24		4	12	0	4	100%
		20	Ostetricia e Ginecologia	9	36		6	24	0	3	50%
		21	Otorinolaringoiatria	702	1.286		575	1.099	0	127	22%
		22	Pneumologia	13	52		0	0	0	13	
		23	Psichiatria	313	1.229		188	814	0	125	66%
		25	Urologia	81	184		80	186	0	1	1%
26	Altre prestazioni	5.111	17.619		4.203	14.056	0	908	22%		
<b>TOTALE POLIAMBULATORIO LANUSEI</b>				<b>11.186</b>	<b>39.541</b>	<b>0</b>	<b>9.006</b>	<b>32.209</b>	<b>0</b>	<b>2.180</b>	<b>24%</b>

Fonte: STS21

STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	BRANCA	DESCRIZIONE	2021			2020			DELTA	
				CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	ASSOLUTO	%
200019	AMBULATORI PO LANUSEI	01	Anestesia	350	207		220	130	0	130	59%
		02	Cardiologia	4.261	18.751		3.397	15.049	0	864	25%
		03	Chirurgia Generale	287	846		234	944	0	53	23%
		04	Chirurgia Plastica	297	1.635		0	0	0	297	
		05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	9	56		13	85	0	-4	-31%
		06	Dermosifilopatia	29	98		19	79	0	10	53%
		08	Radiologia Diagnostica	8.109	100.628	7.225	5.970	71.711	5.322	2.139	36%
		09	Endocrinologia	51	281		63	327	0	-12	-19%
		10	Gastroenterologia - Chirurgie e Endoscopia digestiva	872	9.485		441	5.058	0	431	98%
		11	Laboratorio Analisi	377.724	361.885	428.458	189.489	178.805	355.202	188.235	99%
		12	Medicina Fisica e Riabilitazione	5.853	7826		3.738	4.951	0	2.115	57%
		13	Nefrologia	4.616	163.011		3.606	119.729	0	1.010	28%
		18	Oncologia	1.884	4.282		2.541	5.688	0	-657	-26%
		19	Ortopedia e Traumatologia	446	10.130		408	3.878	0	38	9%
20	Ostetricia e	1.206	5.099		949	3.843	0	257	27%		

STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	BRANCA	DESCRIZIONE	2021			2020			DELTA	
				CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	ASSOLUTO	%
			Ginecologia								
		22	Pneumologia	240	1.370		295	1.534	0	-55	-19%
		24	Radioterapia	38	3.878		51	7.953	0	-13	-25%
		25	Urologia	457	50.961		320	34.729	0	137	43%
		26	Altre prestazioni	14.183	56.828		10.959	36.824	0	3.224	29%
<b>TOTALE AMBULATORI PO</b>				<b>420.912</b>	<b>797.257</b>	<b>435.683</b>	<b>222.713</b>	<b>491.317</b>	<b>360.524</b>	<b>198.199</b>	<b>89%</b>

Fonte: STS21

STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	BRANCA	DESCRIZIONE	2021			2020			DELTA	
				CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	ASS.	%
000428	POLIAMBULATORIO SEUI	006	DERMOSIFILOPATIA	0	0	0	8	22	0	-8	-100%
000428	POLIAMBULATORIO SEUI	026	ALTRO	0	0	0	1.539	4.866	0	-1.539	-100%

Fonte: STS21

STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	BRANCA	DESCRIZIONE	2021			2020			DELTA	
				CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	ASS.	%
000320	ANTES SOC. COOP. SOCIALE - CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA TORTOLI'	026	ALTRO	952	3.050	0	2.046	6.508	0	-1094	-53%
002835	LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL TORTOLI'	011	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	58.650	51.730	0	56.671	62.272	0	1979	3%
002936	LABORATORIO RADIOLOGICO DR. PILIA LANUSEI	008	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	1.579	9.151	0	3.865	24.032	0	-2.286	-59%
002937	STUDIO RADIOLOGICO DR PILIA TORTOLI'	008	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	13.529	102.950	0	19.620	133.790	0	-6.091	-31%
003336	STUDIO RADIOLOGICO RADIOLAB SRL TORTOLI'	002	CARDIOLOGIA	1.531	13.025	0	2.452	2.0861	0	-921	-38%
		008	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	5.016	25.805	0	2.657	18.762	0	2.359	89%
		012	MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	17.657	22.017	0	23.678	30.553	0	-6.021	-25%
003535	CENTRO FISIOTERAPICO OGLIASTRA SRL LANUSEI	012	MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	11.265	19.515	0	11.265	19.515	0	0	0%
200023	AMBULATORI CLINICA TOMMASINI SPA JERZU	001	ANESTESIA	661	20	0	759	16	0	-98	-13%
		002	CARDIOLOGIA	1.943	8.201	0	1.589	4.559	0	354	22%
		003	CHIRURGIA GENERALE	374	16.351	0	753	22.676	0	-379	-50%



STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	BRANCA	DESCRIZIONE	2021			2020			DELTA	
				CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	CASI	PRESTAZIONI EQUIVALENTI	PRESTAZIONI PER INTERNI	ASS.	%
		005	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	0	0	0	33	128	0	-33	-100%
		008	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	1.719	17.711	653	2.587	31.856	983	-868	-34%
		009	ENDOCRINOLOGIA	87	2.004	0	204	4.744	0	-117	-57%
		010	GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA. DIGEST.	18	139	0	16	132	0	2	13%
		011	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	3	7	0	0	0	0	3	
		015	NEUROLOGIA	2.918	8.161	0	5.809	15.308	0	-2.891	-50%
		016	OCULISTICA	1.812	121.715	0	1.908	134.586	0	-96	-5%
		019	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	189	734	0	457	1.738	0	-268	-59%
		022	PNEUMOLOGIA	53	284	0	1	4	0	52	5.200%
		025	UROLOGIA	30	3.061	0	44	4.490	0	-14	-32%
<b>TOTALE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE</b>				<b>119.986</b>	<b>425.631</b>	<b>653</b>	<b>136.414</b>	<b>536.530</b>	<b>983</b>	<b>-16428</b>	<b>-12%</b>

Fonte: STS2

## 5. La programmazione annuale

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

Come ampiamente anticipato nella prima parte, in considerazione della riorganizzazione prevista dalla L.R. n. 24/2020 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della L.R. 10/2006, della L.R. 23/2014 e della L.R. 17/2016 e di ulteriori norme di settore e ss.mm.ii.", per l'anno 2022, gli obiettivi – ancora in corso di attribuzione alla Direzione Generale – sono primariamente finalizzati all'attuazione del processo di riforma del servizio sanitario regionale.

Attualmente in questo periodo di transizione occorre fare riferimento, come base di partenza per la ASL Ogliastra al Piano Sanitario Triennale ed annuale 2021-2023 adottato con delibera del Commissario Straordinario ATS n. 52 del 19/11/2020.

Il programma sanitario triennale è un documento che espone, gli indirizzi strategici generali e gli obiettivi da conseguire con riferimento all'area della prevenzione collettiva e sanità pubblica, all'area dell'assistenza distrettuale e all'area dell'assistenza ospedaliera.

Il Ciclo Performance per l'anno 2022 sarà un processo di passaggio tra vecchia e nuova organizzazione sanitaria con il definitivo superamento della precedente organizzazione incentrata su un'unica azienda territoriale e la completa attivazione delle otto aziende socio-sanitarie locali.

Gli obiettivi strategici che l'Azienda ritiene coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti e alle finalità istituzionali aziendali nonché alle scelte strategiche aziendali derivanti dall'attuale contesto sono i seguenti:

- Attuazione del progetto di riorganizzazione del sistema sanitario regionale con l'approvazione dell'Atto Aziendale;
- Governo emergenza da Covid-19;
- Campagna vaccinale;
- Governo delle prestazioni ambulatoriali e delle liste d'attesa;
- Piano di riorganizzazione della rete ambulatoriale territoriale;
- Governo ripresa delle attività di ricovero ospedaliero e ambulatoriale in fase post-pandemica Covid-19.

Con riferimento alla programmazione sanitaria, non si può non rammentare che in Italia, gli effetti pandemici dovuti al nuovo coronavirus Sars-CoV-2 hanno provocato un'emergenza sanitaria per COVID19 cui è stata data risposta immediata con una serie di misure urgenti fin dalla dichiarazione dello stato di emergenza del 31 gennaio 2020. Sono stati adottati diversi Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri e ordinanze regionali e del Ministero della salute per determinare un contenimento degli effetti epidemiologici, che si è tradotto in prima battuta in misure di sorveglianza sanitaria speciale (cd. quarantena con sorveglianza attiva) e divieto di spostamento soprattutto per i soggetti con sintomi. Contestualmente, sono stati emanati ed approvati una serie di

decreti legge per mettere in campo misure urgenti che, sotto il profilo sanitario, hanno disposto un consistente incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, impegnando le Regioni e le province autonome a redigere programmi operativi per utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, con monitoraggio congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle finanze. Durante una emergenza di sanità pubblica sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione.

La pandemia da COVID-19 è una emergenza globale legata alla comparsa del virus (SARSCoV-2) e in poco tempo la malattia si è diffusa rapidamente in tutto il mondo ed è stata in grado di sovraccaricare anche i sistemi sanitari più resilienti con ampie ripercussioni socio-economiche per il forte impatto sui sistemi sanitari, economici e sociali per l'effetto delle misure prese per controllare la trasmissione. Allo stato attuale grazie alla possibilità offerta dalla somministrazione dei vaccini si assiste, pur con un aumento esponenziale dei contagi, ad un alleviamento della pressione sui reparti ospedalieri di terapia intensiva e degenza ordinaria che, allo stato attuale, hanno retto all'impatto emergenziale e stanno progressivamente riprendendo un po' di fiato a seguito della diminuzione dei contagi.

Con riferimento al governo delle liste d'attesa la strategia di contenimento tiene conto di quanto evidenziato dalla RAS ossia che è ormai ampiamente dimostrato che il metodo dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso un incremento dell'offerta non sia efficace, dato che la domanda cresce proporzionalmente rispetto all'offerta. Appare doveroso consolidare la strategia regionale la quale ritiene opportuno sperimentare e implementare modalità basate sulla selezione delle priorità, nelle quali un ruolo centrale è occupato dalla stretta integrazione tra medici di medicina generale e medici erogatori delle prestazioni sanitarie. In particolare, l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, da parte del cittadino, si realizza con l'inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta. L'obiettivo generale è quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediante accessi differenziati, in relazione alla classe di priorità indicata, secondo le nuove modalità e procedure fissate dalla normativa vigente per prevenire e contenere i contagi da Covid 19. Tale obiettivo si realizza attraverso la definizione dei volumi di attività per ogni prestazione in ciascuna classe di priorità. La razionalizzazione della domanda di prestazioni rappresenta un passaggio fondamentale affinché l'offerta dei servizi sia quanto più rispondente ai bisogni della popolazione residente e ai criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa.

Al fine di recuperare le liste d'attesa creatasi nel periodo dell'emergenza Covid-19, l'ASL Ogliastro ha adottato il Piano operativo stralcio ai sensi della delibera della G.R. n.3/4 del 27.01.2022.

Di seguito si riportano gli interventi che l'Azienda intende consolidare:

o garantire le attività sistematiche e continuative di valutazione dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto con riferimento a: utilizzo sistematico delle classi di priorità, con l'obiettivo di garantire al 90% dei facenti richiesta l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio, nei tempi definiti secondo le classi di priorità; presenza del quesito diagnostico; corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi;

o Utilizzo del modello RAO che rappresenta una delle strategie che caratterizzano il modello regionale per il governo delle liste di attesa e parte dall'assunto che i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio debbano essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui;

o Utilizzo del Fascicolo Sanitario elettronico (FSE) in quanto sono ormai consolidate sia in ambito nazionale che regionale le politiche di sanità integrata che considerano la condivisione delle informazioni sulla salute del paziente tra gli operatori sanitari uno strumento per rendere più efficienti i processi di diagnosi e cura dello stesso, nonché per ridurre i costi della spesa sanitaria derivanti, ad esempio, dalla ripetizione di esami clinici;

o Potenziamento dell'offerta di prestazioni attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'art. 55, comma 2 del CCNL 08.06.2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, al fine di favorire il rispetto dei tempi massimi di attesa;

o governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel modulo LA/ADT di SISAR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni.

## 6. Albero della performance

L'albero della performance è una mappa logica che mira a rappresentare il legame tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi.

Il piano, coerentemente con quanto previsto dalla normativa vigente e dalle disposizioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla mission aziendale.

Pertanto, la **missione** dell'Azienda ASL dell'Ogliastra è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e, comunque, dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'intera gamma di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione - nazionale, regionale e locale.

Il presente piano performance, individua specifiche Aree strategiche di risultato:

- Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi;
- Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria;
- Area performance della produzione;
- Area di performance dell'appropriatezza;
- Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio;

- qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione;
- Area dell'equilibrio economico-finanziario;
- Area di performance dello sviluppo organizzativo.

## **6.1. Gli obiettivi strategici e operativi**

La performance organizzativa annuale è l'elemento principale del presente Piano ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza ed economicità ed è riferita sia all'azienda nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative. Di seguito si evidenziano gli obiettivi da perseguire, i valori di partenza e i risultati attesi.

AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2022
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%
		Numero prescrizioni 1° accesso con UBDP/totale delle prescrizioni 1° accesso *100	90%
	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CSM- NPI-PSICOLOGIA - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA)	Applicazione documento operativo condiviso per il corretto monitoraggio in remoto (telefono, videochiamata, ecc...) dello stato di salute dei pazienti in carico ai Servizi	applicazione documento operativo
	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
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%
		Numero di verifiche di efficacia eseguite sull'attività di controllo ufficiale/numero totale di verifiche programmate	80%
Equilibrio economico-finanziario	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Numero di ordini su CdRIL DA99999999/numero totale ordini	3%
		Numero di scritture di PN con dettaglio di chiave contabile completo/Numero totale di scritture di PN	97%
		Valore assestato Sub Autorizzazioni con legame codice progetto/Totale Valore Assestato Sub Autorizzazioni Macro 4 - Progetti e Macro 2 - Piano Investimenti	97%
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	70%

		<=2gg/N° interventi per frattura del femore*100	
		Numero parti cesarei primari/numero parti con nessuna pregresso cesareo*100	23%
	Riduzione ospedalizzazione per scompenso cardiaco	n. ricoveri per scompenso cardiaco	tasso x 1000 < 3,8%
	Garantire l'applicazione degli strumenti di governo del rischio clinico nell'Area Chirurgica	N° di strutture che compilano SISPAC/N. di strutture che effettuano attività chirurgica*100	100%
	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
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%
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%
	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%
	Garantire la ripresa delle attività di prevenzione in fase di riattivazione dei servizi post epidemica COVID 19	Numero di controlli ufficiale effettuati nel 2021 / numero di controlli ufficiali programmati nel 2021 * 100	80%
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%
	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%
	Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	Numero di stabilimenti categorizzati /numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati	80%

	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 per il IV trimestre *100	80%
	Garantire l'inserimento dei controlli di sicurezza alimentare in SISAR	Numero controlli effettuati/Numero controlli inseriti	80%
	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%
	Garantire il controllo degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali	numero controlli effettuati/numero controlli programmati	100%
	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico mammografico	N° donne invitate allo screening mammografico / popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	> 70%
		N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua *100	trend in miglioramento
	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico del colon retto	N° invitati allo screening colon retto /popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	> 70%
		N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua *100	trend in miglioramento
Produzione	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico della cervice uterina	N° donne invitate allo screening cervice uterina / popolazione di riferimento (25-41 anni) *100	> 70%
		N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua *100	trend in miglioramento
	Potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate di I° e II° livello a favore degli anziani non autosufficienti di età => di 65 anni, e delle Cure Domiciliari Integrate di III° livello e Cure Palliative e a malati terminali.	% di ultra 65 enni in CDI /totale popolazione residente anziana età >=65*100	> 4,5%
	Potenziamento offerta medicina specialistica	incremento numero specialisti ambulatoriali e ambulatori specialisti	si
	Implementazione PUA UVT	implementazione attività	si
	Potenziamento dell'azione di filtro da parte del Pronto Soccorso e miglioramento dei tempi medi di attesa	N° accessi con ricovero / N° totale accessi x 100	≤ 22 %
		% di pazienti con codice giallo visitati entro 30 m.	90%
	% di pazienti con codice verde visitati tra 90 e 100 minuti.	80%	



Qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	% validità dei record di tutti i flussi indicati nel disciplinare SIDI (Sistema integrato per il debito informativo) e rispetto delle scadenze	100%
	Garantire la diminuzione del livello di rischio per episodi corruttivi nelle aree a rischio generale e specifico	Pubblicazione atti sezione amministrazione trasparente	80%

## 6.2. La partecipazione dei cittadini e degli utenti

Le modifiche normative hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni e interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della performance organizzativa, richiedendo alle amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione.

Con la modifica del d.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, operata dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, il Legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione con riferimento al ciclo della performance.

In particolare, l'art. 7 delinea, al comma 2, lett. c), la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione declinandola su tre cardini fondamentali:

o sotto il profilo soggettivo, sono protagonisti dei processi valutativi sia i cittadini che gli "utenti finali" dei servizi resi dall'amministrazione. A tali categorie vanno aggiunti tutti gli altri portatori di interesse (cd. stakeholder) in qualsiasi modo direttamente o indirettamente interessati all'operato dell'amministrazione;

- sotto il profilo oggettivo, l'ambito della valutazione concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni di servizi delle pubbliche amministrazioni;
- sotto il profilo procedimentale, la partecipazione alla valutazione è coerentemente ricondotta all'ambito specifico "della performance organizzativa dell'amministrazione, secondo quanto stabilito dagli articoli 8 e 19-bis".

L'articolo 8 prevede che il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa (SMVP) concerne, in particolare:

la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;

lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.

Il coinvolgimento di cittadini e utenti nel processo di valutazione della performance, oltre a rispondere al quadro normativo sopra delineato, è funzionale al perseguimento delle finalità intrinseche dei sistemi di valutazione delle prestazioni (performance management). Questi, infatti, non sono dei semplici sistemi informativi interni, ma puntano ad incidere su dimensioni quali l'impatto delle politiche e dei servizi pubblici sulla collettività e la fiducia dei cittadini nelle amministrazioni pubbliche. Attraverso tale coinvolgimento è possibile cogliere i vari significati e la

differente rilevanza che i diversi utenti e stakeholder attribuiscono ai risultati conseguiti dall'azienda.

L'ASL Ogliastra, sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), applica il modello di valutazione partecipativa; a tal fine promuove la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative, attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati dall'azienda sanitaria, focus group e tavoli tematici. L'azienda favorisce la convergenza fra i servizi erogati e i bisogni dell'utente sia nella fase di progettazione delle caratteristiche qualitative dei servizi erogati, sia in fase di misurazione e di valutazione della performance organizzativa. A tale scopo procede alla rilevazione della qualità dei servizi sanitari percepita dal cittadino, alla mappatura degli utenti esterni e interni individuando il collegamento con le attività, i processi e i progetti.

In considerazione delle difficoltà connesse alla progettazione e all'utilizzo di strumenti di valutazione partecipativa e del grado di maturità dell'azienda, le anzidette indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica saranno implementate in maniera graduale e in un arco temporale pari al triennio, secondo la scala di sviluppo di seguito riportata:

<b>SCALA DI SVILUPPO DELLA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA</b>				
<b>REQUISITI</b>		<b>FASE DI AVVIO</b>	<b>FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO</b>	<b>FASE DI SVILUPPO AVANZATO</b>
<b>CONTENUTISTICI</b>	Esplicitazione del modello di valutazione partecipativa nel SMVP	<b>X</b>		
	Effetti del modello di valutazione partecipativa sulla performance organizzativa	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>METODOLOGICI</b>	<b>Annualità:</b> La valutazione partecipativa viene effettuata con cadenza annuale			
	<b>Inclusione:</b> L'azienda sanitaria garantisce che la partecipazione al processo di valutazione sia il più possibile accessibile, inclusiva e aperta, assicurando la possibilità di partecipare a tutte le persone interessate		Definizione e classificazione di una mappa di stakeholder interessati agli obiettivi e all'attività dell'azienda. Definizione delle modalità di coinvolgimento nella valutazione partecipativa	Definizione e classificazione di una mappa di utenti interni che si avvalgono di servizi strumentali e di supporto dell'azienda e dei processi amministrativi. Definizione delle modalità di coinvolgimento nella valutazione partecipativa

	<b>Responsabilizzazione:</b> Il modello di valutazione nella fase di sviluppo avanzato consentirà la riconoscibilità dei valutatori e, quindi la loro responsabilizzazione		<b>X</b>	
	<b>Privacy e sicurezza:</b> Il modello adottato garantisce il rispetto della privacy e della sicurezza per tutti i valutatori	<b>X</b>		
	<b>Verificabilità:</b> Il modello adottato consente la verificabilità dei dati da parte dell'OIV.	<b>X</b>		
	<b>Rilevanza:</b> Il modello adottato assicura che siano oggetto di valutazione partecipativa le attività e le prestazioni individuate nella fase di avvio	I servizi sanitari e gli eventi clinici di interesse sono i seguenti: -Accessi in Pronto Soccorso - Ricoveri Ospedalieri -Visite Ambulatoriali -Accessi in Guardia Medica	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>TECNOLOGICI</b>	<b>Supporto digitale:</b> La rilevazione della qualità dei servizi sanitari percepita dal cittadino è effettuata su supporto informatico			
<b>INFORMATIVI</b>	<b>Trasparenza:</b> Il modello adottato assicura la massima trasparenza per le diverse fasi e e per gli esiti del processo di valutazione		<b>X</b>	<b>X</b>

*La X indica la fase nella quale il requisito sarà esplicitato nel Sistema di misurazione e valutazione della performance*

Con particolare riferimento alla rilevazione della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari, si specifica che gli eventi clinici di interesse per il momento sono i seguenti:

- Accessi in Pronto Soccorso
- Ricoveri Ospedalieri
- Visite Ambulatoriali
- Accessi in Guardia Medica

Il software adottato per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente per le prestazioni sanitarie ricevute dal paziente è perfettamente integrato con i sistemi SISAR (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB) che gestiscono tali processi.

Con il sistema adottato, i sistemi SISAR coinvolti (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB, generano per ciascun accesso un codice univoco all'interno del territorio regionale (token).

Questo codice verrà presentato (unitamente al link a cui collegarsi per effettuare il questionario di gradimento) all'interno delle stampe prodotte dagli applicativi e consegnate al paziente.

Nello specifico queste informazioni verranno inserite nelle seguenti stampe:

- Verbale di dimissione di Pronto Soccorso
- Lettera di dimissione di Ricovero
- Referto Prestazione Ambulatoriale
- Referto accesso in Guardia Medica

Per incentivare l'utilizzo del sistema da parte del paziente è stato aggiunto inoltre anche un QR code che contiene il link e il token generato in modo tale da accedere direttamente alla pagina dedicata tramite lettura da dispositivo mobile (smartphone, tablet, ecc).

I risultati di tali rilevazioni concorreranno alla definizione della percentuale di performance organizzativa delle strutture che erogano i servizi.

Un'apertura, in chiave partecipativa, della valutazione della performance organizzativa diventa quindi, così come specificato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, imprescindibile per tre diverse ragioni:

- per eliminare l'autoreferenzialità: la performance organizzativa non deve essere valutata nella sola ottica dell'azienda, ma anche secondo la prospettiva degli utenti, poiché la generazione di valore pubblico va osservata pure secondo la loro percezione e realizzata con la loro partecipazione;
- per rafforzare i sistemi di gestione della performance: attraverso una maggiore coerenza tra le diverse dimensioni della performance organizzativa (efficienza, efficacia quantitativa e qualitativa, impatti) si favorisce la finalizzazione dei suddetti sistemi verso il miglioramento del livello di qualità dei servizi erogati e di benessere di cittadini ed utenti;
- per soddisfare i requisiti normativi minimi, di cui al decreto 150/2009 così come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74.

In tale contesto l'OIV (in fase di individuazione dei componenti) a norma di quanto disposto dall'art.19-bis, comma 5, verifica l'effettiva adozione del sistema di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini, di cui al comma 4, assicura la pubblicazione dei risultati in forma chiara e comprensibile e ne tiene conto ai fini della valutazione della performance organizzativa delle strutture dell'azienda e in particolare, ai fini della validazione della Relazione sulle performance di cui all'art.14, comma 4, lett.c.

## **7. Dalla performance organizzativa alla performance individuale**

La performance è intesa come il contributo che le varie componenti organizzative (individui, gruppi di individui, unità organizzative, ente nel suo complesso) apportano attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'azienda sanitaria e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni della collettività. La performance organizzativa è la risultante del grado di raggiungimento degli obiettivi dell'azienda nel suo complesso rispetto alla missione aziendale e del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget negoziati tra la Direzione Aziendale ed i Direttori delle diverse articolazioni organizzative dell'Azienda.

La misurazione della performance organizzativa è intesa come quel complesso di azioni e strumenti volti a misurare e, cioè, a quantificare tutte le dimensioni della performance necessarie a migliorare e rendere più razionali i processi decisionali e più trasparente la rendicontazione. Nell'azienda sanitaria tale attività è considerata come un presupposto indispensabile per una compiuta valutazione delle performance sia organizzative che individuali. La performance individuale è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nelle strutture dell'azienda. Gli scopi prioritari della misurazione e della valutazione della performance individuale sono i seguenti:

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

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

Le Dimensioni che compongono la performance individuale sono i:

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

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

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

Per il restante personale la valutazione è legata:

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

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

## **7.1. Le azioni di miglioramento del processo di gestione della performance**

Il Piano della Performance a norma dell'art. 10, comma 1 lettera a) del D. Lgs 150/2009 è un Documento Programmatico Triennale, che in coerenza con il Ciclo di Programmazione Economica, Finanziaria e di Bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della Performance Organizzativa e Individuale.

L'adozione del documento, oltre a consentire l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, rappresenta un'occasione per gestire in maniera integrata e coordinata i diversi strumenti di pianificazione e programmazione sanitaria, rappresenta inoltre lo strumento che dà avvio al Ciclo di Gestione della Performance, e le finalità di tale impianto metodologico sono ravvisabili, da un lato nel miglioramento della qualità dei servizi pubblici, e dall'altro nell'ottimizzazione dei costi dei servizi erogati attraverso un progressivo miglioramento degli standard economici.

Il Piano delle Performance verrà sistematicamente aggiornato degli obiettivi regionali e aziendali, e le aree strategiche verranno sviluppate considerando la diversa tipologia di obiettivi, di pazienti e dei diversi regimi di attività.

Come già argomentato in premessa, il presente Piano è un piano eccezionale e provvisorio, che esplicherà la sua funzione di piano programmatico per l'anno 2022 e a seguito della costituzione delle aziende ogni azienda procederà alla gestione del proprio ciclo performance e alla nomina dell'OIV così come previsto dall'art.14 del decreto 150/2009, tuttavia alla data dell'adozione del

presente documento, le azioni che l'Azienda ritiene utile porre per il miglioramento del Ciclo di Gestione delle Performance rimangono sostanzialmente invariate e sono sostanzialmente riconducibili, innanzitutto, all'adeguamento a quanto disposto dal decreto legislativo 150/2009 e s.m.i, e ai provvedimenti ulteriori che si renderanno necessari nell'ottica di garantire la massima trasparenza.

In particolare l'azienda ritiene efficace consolidare tutte le azioni finalizzate alla:

o responsabilizzazione degli operatori attraverso l'attribuzione degli obiettivi strategici e operativi, e delegando agli stessi tutti gli adempimenti da porre in essere al fine di garantire il pieno coinvolgimento di tutto il personale dirigenziale e di comparto;

o garanzia di un corretto utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;  
o definizione di un adeguato Sistema di Reporting che controlla costantemente la programmazione fatta ed è in grado di intervenire tempestivamente;

o perfezionamento del sistema informativo di contabilità analitica al fine di assicurare l'accuratezza e la tempestiva disponibilità dei dati necessari al calcolo degli indicatori quali condizioni necessarie alla realizzazione del monitoraggio degli stessi nel corso dell'esercizio di riferimento e di conseguenza garantire la possibilità di apportare eventuali correttivi;

o consolidare l'utilizzo della piattaforma software che consenta la rilevazione del gradimento degli utenti esterni che usufruiscono dei servizi delle strutture della ASL Ogliastro, e degli utenti interni in relazione ai servizi strumentali e di supporto erogati.

## **8. Coordinamento e integrazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza**

L'analisi delle fasi del ciclo delle performance, così come definite dal Decreto legislativo 150/2009, evidenziano che si tratta di un processo circolare ad ampio raggio che parte da una prima fase di pianificazione degli obiettivi attraverso il Piano della performance, una seconda fase che è quella della misurazione attraverso lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance e termina con la fase di rendicontazione attraverso la relazione della performance.

In ogni fase del ciclo di gestione della performance, ai sensi di quanto disposto dall'art.10 del Decreto legislativo 33/2013 e del Decreto 97/2016, le pubbliche amministrazioni devono garantire la massima trasparenza mediante la pubblicazione del Piano delle Performance, del Sistema di Misurazione e Valutazione, della Relazione sulla Performance e del Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente"; in particolare il comma 3 dell'art.10 del citato decreto così come novellato dal decreto 97/2016 stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione. Fra tutti questi documenti inoltre è opportuno comunque garantire un'adeguata integrazione.

L'Azienda garantisce la coerenza tra il Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza e il Piano della Performance sotto due profili:

- a. le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b. le misure di prevenzione della corruzione sono tradotte in obiettivi organizzativi assegnati alle strutture e ai loro Direttori. Poiché la Trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del Ciclo di Gestione della Performance, in quanto garantisce l'effettiva responsabilità delle amministrazioni in termini di obiettivi e risultati dell'azione dell'azienda sanitaria, l'integrazione si è realizzata facendo in modo che le misure contenute nel Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione Trasparenza siano diventati veri e propri obiettivi strategici.

Nello specifico l'integrazione e il collegamento logico è garantita con i seguenti obiettivi:

- a. Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione Trasparenza e della Relazione annuale sui risultati dell'attività svolta;
- b. Mappatura (conferma /aggiornamento) processi e valutazione/misurazione dei rischi:
  - a) con riferimento alla prevenzione della corruzione
  - b) con riferimento alla protezione dei dati;
- c. Predisposizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori esposti alla corruzione al fine di individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- d. Predisposizione di un programma formativo generale sui temi dell'etica e della legalità e di un programma specifico rivolto ai dirigenti e ai dipendenti addetti alle aree maggiormente a rischio individuate nel relativo PTPCT;



- e. Garantire la qualità delle informazioni pubblicate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurando l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali;
- f. Garanzia del rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico;
- g. Individuazione, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti aziendali, dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, monitoraggio periodico sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, e trasmissione di un report al Responsabile del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione Trasparenza.

In questa fase transitoria della riforma con delibera del Direttore generale n. 64 del 04.04.2022 con la quale si è prorogato fino al 30 giugno 2022 l'organizzazione già presente in ATS-ASL Lanusei al 31.12.2021 e altresì, il recepimento per quanto compatibili dei regolamenti ATS Sardegna.

L'Azienda con Delibera del Direttore Generale n.7 del 05.01.2022 ha provveduto alla nomina provvisoria del Responsabile per la Prevenzione- Corruzione e Trasparenza e altresì, con delibera del Direttore Generale n. 10 del 20/01/2022 è stato nominato il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA).

Si precisa, che ad oggi non è stato ancora adottato l'atto aziendale della ASL Ogliastra e pertanto, nelle more della riorganizzazione (Delibera Giunta Regionale n.12/15 del 07/04/2022), possono essere considerati vigenti il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione Trasparenza adottato dall'ATS Sardegna con delibera del Direttore Generale n. 93 del 31/01/2019 e Delibera del C.S. n.246 del 31/03/2021, per quanto compatibili.

Come riscontrato dell'ANAC con prot. N. 12780 del 26.01.2017 al Responsabile RCTP ATS Sardegna nella fase di accorpamento delle ex ASL, ritenendo che nelle more della riorganizzazione, possano essere vigenti i vecchi piani di prevenzione della corruzione eventualmente integrati con specifiche misure.

In tale atto, sono individuate le strategie principali per prevenire e contrastare la corruzione. Esso è inteso come un insieme di azioni e strumenti finalizzati alla prevenzione e man mano modificati o sostituiti in relazione al rischio e alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, ai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno e alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione o atti di indirizzo di programmazione sanitaria regionale.

La trasparenza rappresenta il principale strumento di contrasto alla corruzione. Essa è intesa come accessibilità totale all'attività dell'azienda e favorisce una forma diffusa di controllo sul corretto svolgimento delle funzioni svolte dall'azienda e sull'utilizzo delle risorse economico-finanziarie pubblica; consente di rendere perfettamente conoscibile l'azione amministrativa e sanitaria dell'azienda: deliberazioni, determinazioni dirigenziali, incarichi, curricula di dirigenti, bandi pubblici, documenti, codice di comportamento.

## 8.1. 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. 190/2021 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;

Nel sistema sanitario il settore dell'approvvigionamento si presta ad essere una delle attività ad essere più colpite dalla corruzione.

L'urgenza di dover provvedere a soddisfare le esigenze di una utenza fragile si presta maggiormente a distorsioni e rischi corruttivi, sebbene la presenza di regolamenti e procedure dedicate alle diverse fasi della procedura di acquisto maturate nella precedente organizzazione aziendale (ATS-Sardegna-Area Lanusei) nonché l'uso quasi esclusivo del ME.P.A. per effettuare gli acquisti anche sotto soglia, abbia notevolmente ridotto il rischio corruttivo.

Una possibile distorsione potrebbe derivare dalle modalità di raccordo tra la funzione di centrale acquisti posta a capo all'Azienda Regionale che quindi provvede alle forniture centralizzate da

effettuare con gara unica e le funzioni d'acquisto demandate alle singole aziende, dotate di autonomia.

Molto dipenderà dalla capacità operativa dell'ente centrale di organizzare in modo corretto la raccolta del fabbisogno e conseguentemente organizzare le relative gare.

### **Possibili soluzioni**

Processi contrattuali trasparenti: procedure contrattuali aperte e rese trasparenti tempestivo (ad. es il portale Consip e MEPA) consentono di individuare più facilmente e rapidamente i casi che meritano controlli più approfonditi, lasciando meno spazio ad eventuali manovre corruttive.

Segnalazione interna illeciti (c.d. whistleblowing): efficaci sistemi di segnalazione interna sono in grado di mitigare il rischio di corruzione, ampliando la sfera di monitoraggio dei processi ai dipendenti delle strutture a rischio.

## **8.2. Valutazione del rischio**

La valutazione del rischio sarà articolata in tre fasi:

- identificazione;
- analisi;
- 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.

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

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

Le attività relative all'analisi ed alla ponderazione del rischio saranno svolte secondo le modalità esplicitate nel 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.

## **8.3. 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.

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

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

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.

## 9. Piano Per la Trasparenza

### 9.1. Il Programma di Trasparenza

Attraverso lo strumento della trasparenza l'ASL Ogliastra 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 publica* 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 agli 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.

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

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 tu" i 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.

## **10. Rotazione del personale**

Il quadro normativo vigente nel pubblico impiego privatizzato prevede l'istituto della rotazione del personale.

Tale istituto è rimesso all'autonoma determinazione delle amministrazioni che - tenuto conto di eventuali limiti oggettivi e/o soggettivi - potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici.

Va precisato che sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali in modo di consentire loro di presentare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti l'apertura di fasi di negoziazione in materia (Delibera ANAC n. 13/2015).

Va, inoltre, sottolineato che la rotazione ordinaria rappresenta soprattutto un criterio organizzativo che, nell'ottica del rispetto dei canoni di buona amministrazione ex art. 97 della Costituzione, può contribuire alla crescita del personale rispetto alle conoscenze ed alle competenze, favorendo lo sviluppo professionale del lavoratore.

In tale ottica, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ai fini del miglior utilizzo delle risorse umane disponibili.

Peraltro, la rotazione del personale oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e come misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici in quanto favorisce l'acquisizione di competenze di carattere trasversale e professionalità 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).

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

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

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

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



## 10.1. Criteri per la rotazione ordinaria del personale

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

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

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

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

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

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

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

- applicazione della doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- audit dipartimentali incrociati sulle attività svolte;
- composizione delle Commissioni con criteri di rotazione casuale;
- individuazione di uno o più soggetti estranei all'ufficio di competenza, anche con funzioni di segretario verbalizzante, in aggiunta a coloro che assumono decisioni nell'ambito di procedure di gara;
- separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni ispettive;
- verbali relativi ai sopralluoghi sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico.

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

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

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

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

## **10.2. Rotazione ordinaria del personale dirigenziale**

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

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

I dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva collaborazione e dell'accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento. Per quanto concerne, nello specifico, la rotazione del personale in ambito veterinario, considerato che l'attività di vigilanza e controllo è svolta di norma da Dirigenti Veterinari che operano a volte singolarmente e non in coppia, ai fini del miglioramento della trasparenza e della prevenzione dell'insorgenza di conflitti d'interesse nell'esecuzione dei controlli, allo scopo di garantire il rispetto delle norme per la prevenzione della corruzione, ad esclusione di situazioni caratterizzate da comprovati disagi organizzativi, il criterio per la rotazione del personale è stato definito a suo tempo e rimane in vigore quanto stabilito nel PTPCT 2018/2019 nel Piano rotazione allegato.

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

Il principio della rotazione si applica con gradualità anche al personale non dirigenziale, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, avendo cura di evitare discontinuità e

rallentamenti nell'attività conseguenti a possibili interferenze con la rotazione del personale dirigenziale.

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

#### **10.4. Rotazione straordinaria del personale**

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

Tale misura, cosiddetta rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione.

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

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

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

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

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

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

L'art. 16, comma 1, le 1 *quater*, del D.Lgs. n. 165/2001 richiama la fase di "avvio di procedimenti penali e disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni (a differenza

dell'art. 13 della legge n. 97/2001 che prevede il trasferimento del dipendente a seguito di “rinvio a giudizio”).

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

Per quanto sopra, l'ANAC (Delibera n. 215/2019) ritiene che l'espressione “avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva” di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1 *quater*, del D.Lgs. n. 165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.. Ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale.

Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Un provvedimento con esito negativo in caso di mero avvio del procedimento potrebbe avere diverso contenuto in caso di richiesta di rinvio a giudizio.

## **10.6. Durata della rotazione straordinaria**

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

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

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

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

## 11. Gestione del conflitto di interesse

Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di 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.

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

In particolare, l'art. 42 del Codice dei Contratti pubblici si applica a tutti i soggetti che siano coinvolti in una qualsiasi fase della procedura di gestione del contratto pubblico (programmazione, progettazione, preparazione documenti di gara, selezione dei concorrenti, aggiudicazione, sottoscrizione del contratto, esecuzione, collaudo, 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 realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato.

La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del 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 nella suddetta UOC 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.

- Linee guida Giunta Regionale della Sardegna n. 65/31 del 06/12/2016;
- Linee Guida ATS Sardegna PG/2017/241268 del 05/07/2017;
- Direttiva ATS Sardegna incarichi extra istituzionali, Codice di Comportamento, Incompatibilità, Conflitto di Interessi NP/2018/72116 del 26.10.2018.



## **12. 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.

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

Il Responsabile del procedimento/Direttore di UOC che 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.

## **13. 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’Agenzia 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”.

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

Si ricorda che l’obbligo suddetto, previsto dall’art.20, è condizione di efficacia per l’acquisizione dell’incarico.

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

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

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

L’ATS Sardegna, ha disciplinato la materia adottando 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.”.

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.

**Controlli e Regime Sanzionatorio:**

- L'osservanza delle disposizioni, stabilite dal presente regolamento, è soggetta alle verifiche effettuate a campione e/o mirate sui dipendenti da parte del competente Servizio Ispettivo (Deliberazione del Commissario Straordinario n.375 del 12/06/2020).
- Il Servizio Ispettivo segnala al Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari le eventuali difformità rilevate affinché siano attivate le conseguenti procedure disciplinari.
- La violazione della normativa in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi comporta l'applicazione di specifico regime sanzionatorio per il quale si rimanda al suddetto regolamento aziendale.

## 14. Revolving door-Pantouflage

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

Occorre precisare che nel novero dei "poteri autoritativi e negoziali" rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contra" 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.

### **INFORMATIVA EX ART. 53, COMMA 16 TER, D.LGS. N. 165/2001**

L'AZIENDA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) SARDEGNA CON LA PRESENTE NOTA INTENDE INFORMARE LA S.V. IN MERITO AL DISPOSTO DI CUI ALL'ART. 53, COMMA 16 TER, DEL D.LGS. N. 165/2001, CONSISTENTE NEL DIVIETO DI PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA (A TITOLO DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO), PER I TRE ANNI SUCCESSIVI ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI PUBBLICO IMPIEGO IN ESSERE, NEI CONFRONTI DEI DESTINATARI DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI O DI CONTRATTI CONCLUSI CON IL PROPRIO APPORTO DECISIONALE NEGLI ULTIMI TRE ANNI DI SERVIZIO (\*).

L'ATS SARDEGNA POTRA' AGIRE IN GIUDIZIO PER OTTENERE IL RISARCIMENTO DEI DANNI NEL CASO SIA ACCERTATA LA VIOLAZIONE DEL DIVIETO CONTENUTO NELL'ART. 53, COMMA 16 TER, D.LGS. N. 165/2001.

////////////////////////////////////

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ DIPENDENTE DELL'ATS SARDEGNA CON LA QUALIFICA DI \_\_\_\_\_, DIMISSIONARIO A FAR DATA DA \_\_\_\_\_ DICHIARO DI AVER RICEVUTO COPIA DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA IN DATA ODIERNA. LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

(firma)

(\*) Si riporta integralmente il testo dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001:

*16-ter. I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.*

## 15. 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.

## 16. 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, 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:

- a. 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;
- b. 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;
- c. 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.

Il tutto considerando le limitazioni imposte dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) che detta le misure di contrasto alla pandemia e di prevenzione del contagio da COVID-19.

## **17. 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 n. 4 di Lanusei, inseriranno il Patto di Integrità in tutte le procedure bandite.

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

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.

## **18. 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..



## **19. 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.

## **20. 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;
- 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.

## 21. 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;

## **22. 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.”

Tale giornata verranno svolte tenendo in considerazione la situazione pandemica in corso, e secondo i dispositivi indicati nei DPCM contro la diffusione del COVID-19.

L'iniziativa verrà rivolta alla cittadinanza, alle associazioni di volontariato impegnate nella tutela dei diritti dei pazienti e al personale dipendente.

## 23. Prospettive evolutive

Allo stato attuale, per le considerazioni precedentemente esposte, non è stato possibile portare a termine, nel breve lasso di tempo a disposizione, il lavoro già intrapreso secondo le indicazioni del nuovo PNA che proseguirà con gradualità nel corso dell'anno 2022, mediante il coinvolgimento attivo dei diversi responsabili dei processi mappati in relazione alla definizione/misura dei singoli indicatori di esposizione al rischio.

L'elenco dei processi potrà essere aggregato nelle cosiddette "aree a rischio", intese come raggruppamenti omogenei di processi. Le aree di rischio possono essere distinte in "generali" e "specifiche". Le aree "generali" sono comuni a tutte le pubbliche amministrazioni (ad es. contra pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle "specifiche" riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività svolte dalla stessa. Ogni singolo processo dovrà essere descritto nei suoi elementi di base:

- che cos'è e che finalità ha;
- quali sono le attività che compongono il processo;
- responsabilità complessiva del progetto e indicazione dei soggetti che svolgono le attività del processo.

Tale descrizione di base potrà essere perfezionata con l'aggiunta di ulteriori elementi di descrizione.

## **24. 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. Tale documento è pubblicato sul sito internet nella sezione apposita come previsto dall'art. 1 comma 14 della L.190/2012 e viene trasmesso al Nucleo di valutazione e al Direttore generale dell'Azienda.

## **25. Trasparenza e privacy**

La pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti prevista dalla normativa sulla trasparenza deve avvenire nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs.n.196/2003). Le strutture aziendali responsabili della pubblicazione devono pertanto effettuare un'attività di bilanciamento degli interessi tra i due diritti coinvolti: il diritto all'informazione del cittadino da una parte e il diritto alla riservatezza della persona fisica dall'altra.

Prima di procedere alla pubblicazione sul sito web è necessario:

- individuare se esiste un presupposto di legge o di regolamento che legittima la diffusione del documento che contiene dati personali;
- verificare, caso per caso, se i dati personali contenuti nel documento sono necessari rispetto alle finalità della pubblicazione ed eventualmente oscurare determinate informazioni, tenendo sempre presente l'importante principio di minimizzazione dei dati personali contenuto nel Regolamento UE 2016/679.

## **26. Entrata in vigore**

Il Piano, entra in vigore a decorrere dal 02/05/2022. E' pubblicato sul sito web della ASL Ogliastra, sezione "Amministrazione Trasparente". Si richiama in applicazione al presente Piano, per quanto non esplicitamente menzionato, la normativa vigente in materia.



## **27. Il lavoro agile (Pola)**

Il presente piano recepisce quanto disposto dal D.L. n. 34/2020 e ss.mm.ii. e dalle Linee Guida sul Lavoro Agile 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.

A partire dal 2020 e per tutto il 2021- 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. Il cosiddetto "Smart-Working" rappresenta una modalità di organizzazione del lavoro che l'azienda intende continuare ad adottare nell'ambito delle disposizioni normative vigenti.

Pertanto, la messa a regime dello strumento "lavoro agile" costituisce 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.

In attesa del P.I.A.O definitivo, in cui sarà disciplinato in maniera puntuale l'istituto de quo, si rimanda alla nota ATS Sardegna del Direttore della SC Trattamento Giuridico ed Economico, che si allega al presente documento.

## 28. Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

In questa fase transitoria, in attesa in attesa dell'Atto Aziendale, e nelle more dell'approvazione del Piano triennale del fabbisogno del personale dell'ASL Ogliastra, si rappresenta graficamente la consistenza del personale al 31 dicembre 2021, suddiviso in relazione ai profili professionali presenti.

### PERSONALE PRESENTE AL 31/12/2021

Conteggio di Matricola	Etichette di colonna					Totale complessivo	
	Etichette di riga	TDET	TDET COVID	TDET FIN	TIND		TIND-COM_USCITA
COMPARTO	46		46		400	1	493
AMMINISTRATIVO	9		9		23		41
SANITARIO	31		28		282	1	342
TECNICO	6		9		95		110
DIRIGENZA			2		9		11
AMMINISTRATIVO					2		2
SANITARIO			2		7		9
DIRIGENZA_MEDICA	10				87		97
SANITARIO	10				87		97
DIRIGENZA_VETERINARIA	10			2	8		20
SANITARIO	10			2	8		20
<b>Totale complessivo</b>	<b>66</b>		<b>48</b>	<b>2</b>	<b>504</b>	<b>1</b>	<b>621</b>

L'organico attuale, anche se integrato con personale assunto a tempo determinato da apposite graduatorie approvate da ATS Sardegna, rappresenta, ancora oggi, un elemento di forte criticità in quanto fotografa il personale assegnato alle omonime strutture presenti in ATS Sardegna al 31 dicembre 2021, transitate nella Asl Ogliastra.

All'esito della definizione delle strutture aziendali con il nuovo Atto Aziendale, verranno ridefinite le dotazioni organiche e le assegnazioni del personale tra l'azienda Regionale della Salute (ARES) e le Aziende Socio Sanitarie Locali e conseguentemente il presente Piano sarà oggetto di aggiornamento.

## **29. Programmazione dei Fabbisogni Formativi**

Per l'analisi del Piano formativo aziendale, si rinvia al Piano Formativo Aziendale 2022 approvato con Delibera del Commissario Straordinario ATS Sardegna n. 963 del 21.12.2021, che si allega al presente documento.