

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

## **2024-2026**

## Sommario

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELLA AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE OGLIASTRA .....	4
<b>1.1. Dati identificativi dell'azienda</b> .....	4
<b>1.2. Missione e visione</b> .....	5
<b>1.3. Analisi del contesto esterno</b> .....	6
<b>1.4. Analisi del contesto interno</b> .....	12
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	14
<b>2.1 Valore pubblico</b> .....	14
<b>2.2 Performance</b> .....	18
<b>2.3 Rischi corruttivi e trasparenza</b> .....	34
<i>    Criteri per la rotazione ordinaria del personale</i> .....	38
<i>    Rotazione ordinaria del personale Dirigenziale</i> .....	40
<i>    Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale</i> .....	40
<i>    Rotazione straordinaria del personale</i> .....	40
<b>Obblighi di informazione nei confronti del RPCT</b> .....	53
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	54
<b>3.1. Organizzazione lavoro agile</b> .....	57
<b>3.2. Piano triennale dei fabbisogni di personale</b> .....	59
SEZIONE 4 - LE AZIONI POSITIVE.....	61
SEZIONE 5. MONITORAGGIO .....	65

### ALLEGATI

Allegato 1 - Misurazione del rischio;

Allegato 2 - Tabella rischi e misure di prevenzione;

Allegato 3 - Elenco Obblighi di pubblicazione; Allegato 3 bis - Elenco Obblighi di pubblicazione All. 1  
Delibera ANAC 264 del 20/06/2023 come modificato da Delibera 601 del 19/12/2023;

Allegato 4 - Informativa Pantouflage;

Allegato 5 - Normativa di riferimento;

Allegato 6 - Piano triennale del fabbisogno del personale;

Allegato 7 - Piano formativo 2024 – ASL Ogliastro.

## **PREMESSA**

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

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

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

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

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

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

### 1.1. Dati identificativi dell'azienda

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

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

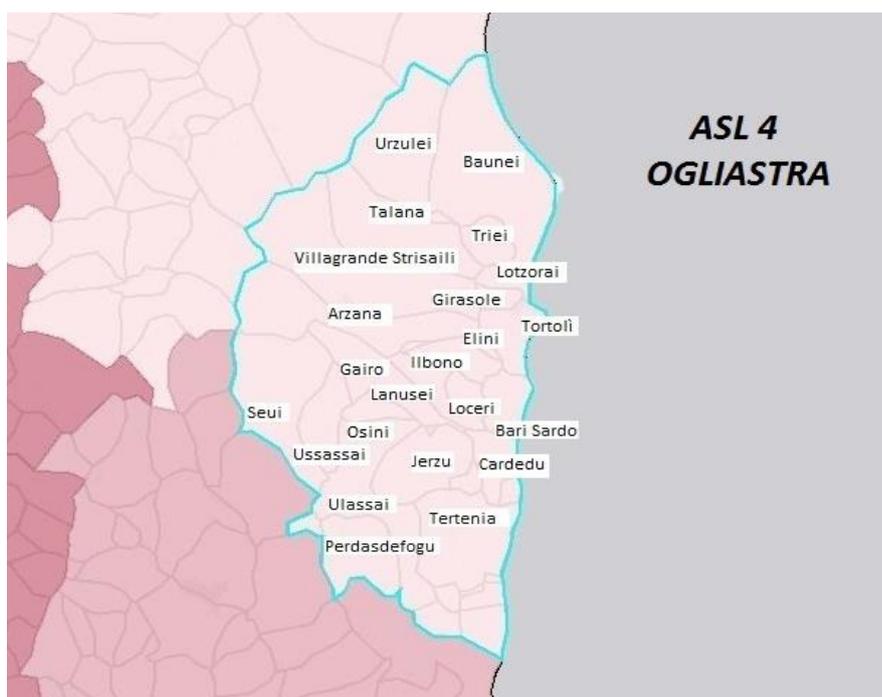
L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra ha la sede legale in Lanusei, via Piscinas 5 e codice fiscale/partita IVA 01620420917.

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

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



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



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

## **1.2. Missione e visione**

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

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

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

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

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

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

ruolo del Distretto, mettendo in rete il sistema sotto il profilo tecnologico, potenziando le strumentazioni informatiche e telematiche con la finalità di favorire e accompagnare il progresso delle conoscenze in medicina e dei relativi modelli organizzativi;

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

### 1.3. Analisi del contesto esterno

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

La popolazione del territorio di competenza della Asl 4 Ogliastra al 01.01.2023 ammonta a 54.359 residenti di cui 27507 femmine e 26.852 maschi (-470 rispetto all'anno precedente). L'area si estende per 1.855 km<sup>2</sup> con una densità di popolazione pari a 29,32 abitanti per km<sup>2</sup> e corrisponde al 3,42% del territorio Regionale. Tuttavia all'interno dell'area vi sono forti disomogeneità e se si considerano solo i comuni costieri l'indice di densità demografica sale notevolmente. Infatti nei comuni costieri, a fronte di un territorio pari a circa il 30% dell'Ogliastra, risiede circa il 50% della popolazione.

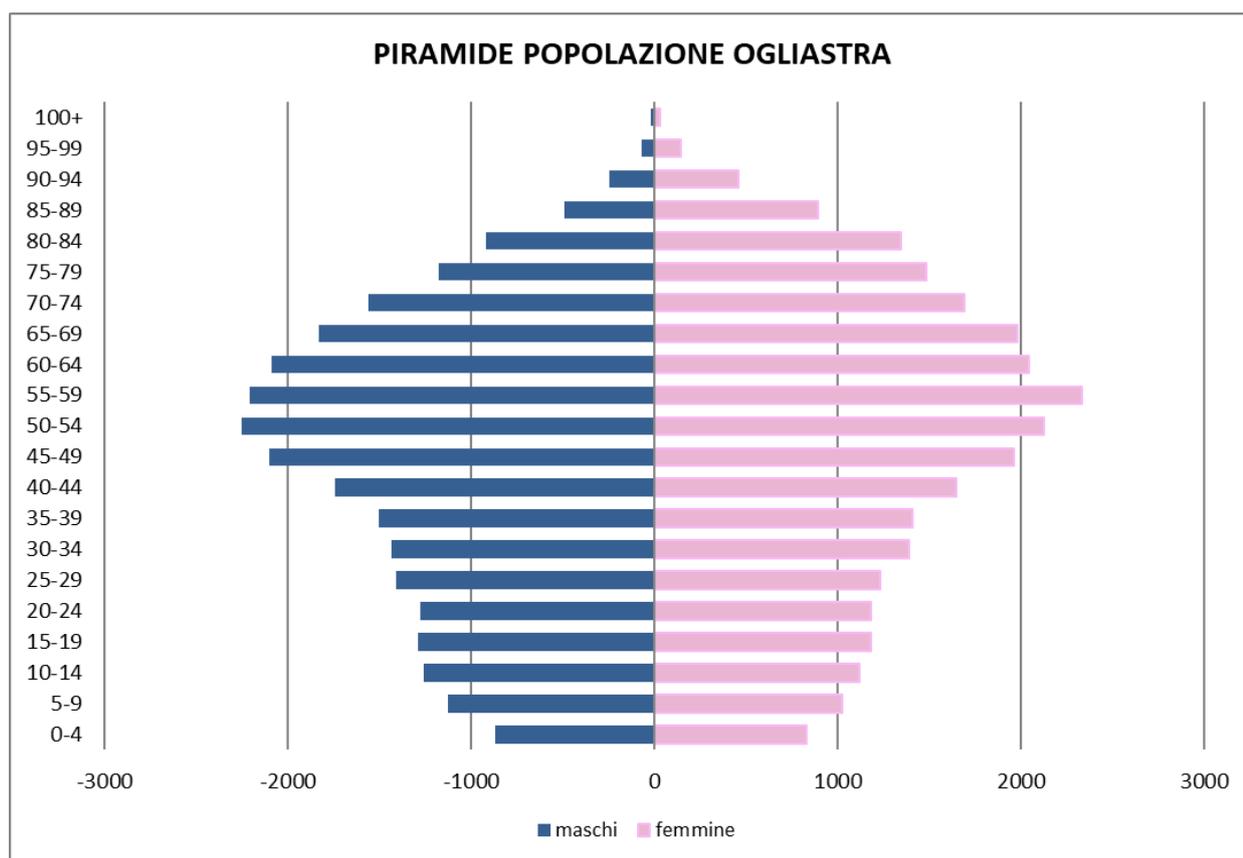
*Tabella Densità*

COMUNE	MASCHI	FEMMINE	POPOLAZIONE	KM/2	DENSITÀ
Arzana	1127	1106	2233	162,6	13,73
Bari Sardo	1849	1988	3837	37,53	102,24
Baunei	1693	1735	3428	216,5	15,83
Cardedu	947	999	1946	32,33	60,19
Elini	279	277	556	10,9	51,01
Gairo	633	652	1285	78,46	16,38
Girasole	665	685	1350	12,98	104,01
Ilbono	973	1006	1979	30,91	64,02
Jerzu	1482	1518	3000	102,6	29,24
Lanusei	2500	2542	5042	53,38	94,45
Loceri	622	662	1284	19,31	66,49
Lotzorai	1024	1094	2118	16,84	125,77
Osini	369	340	709	39,68	17,87
Perdasdefogu	868	858	1726	77,73	22,21
Seui	582	573	1155	148,2	7,79
Talana	452	502	954	117,9	8,09
Tertenia	1929	1938	3867	117,8	32,83

COMUNE	MASCHI	FEMMINE	POPOLAZIONE	KM/2	DENSITÀ
Tortolì	5387	5566	10953	39,97	274,03
Triei	541	516	1057	28,54	37,04
Ulassai	664	702	1366	122,1	11,19
Urzulei	548	544	1092	129,9	8,41
Ussassai	228	222	450	47,3	9,51
Villagrande Strisaili	1490	1482	2972	210,8	14,10
<b>TOTALI</b>	<b>26852</b>	<b>27507</b>	<b>54359</b>	<b>1854,26</b>	<b>29,32</b>

Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2023

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



Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2023

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

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

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

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

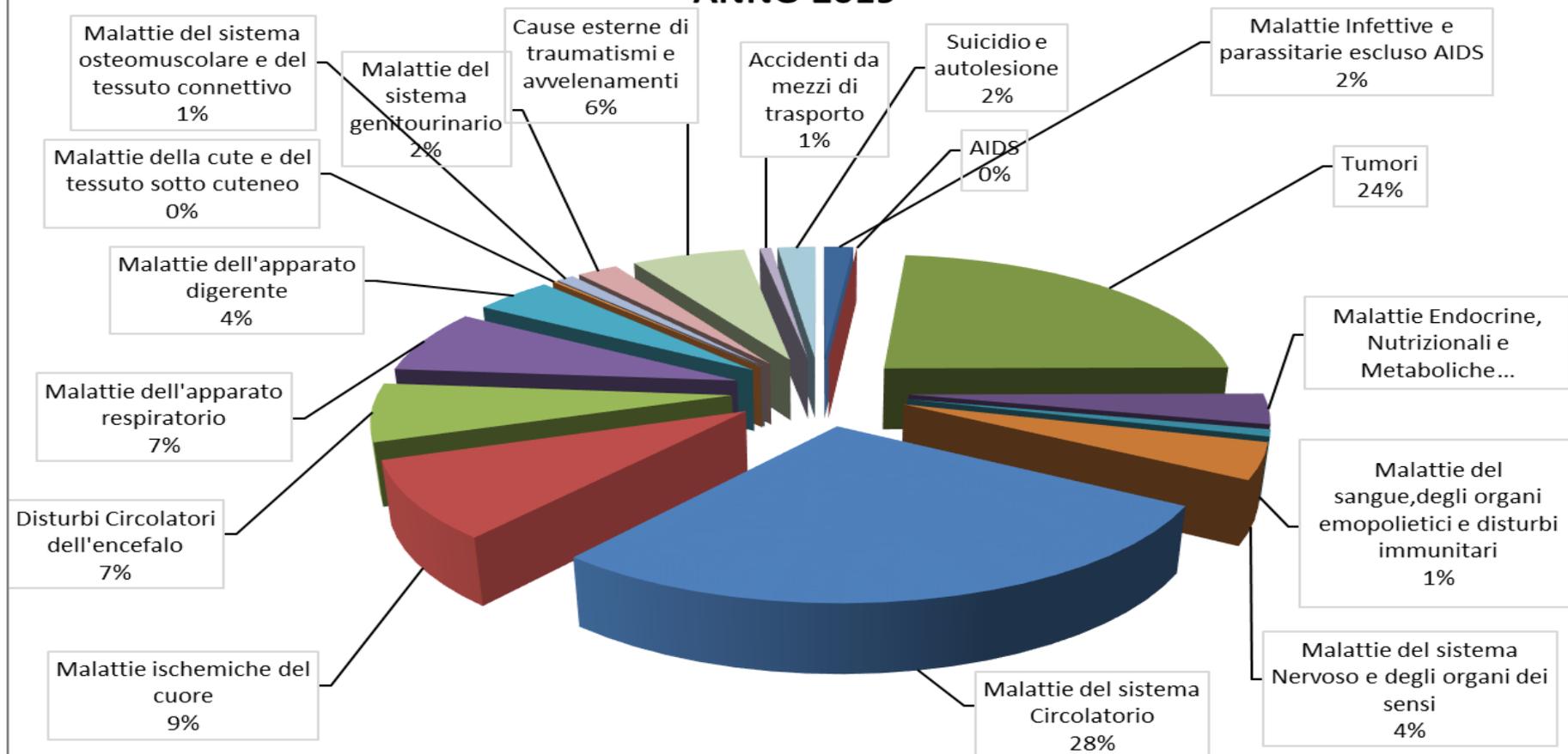
Si riportano nella tabella seguente le cause di morte nei comuni dell'Ogliastra nel biennio 2018/2019:

CAUSE DI MORTE	MORTI 2019	QUOZIENTE DI	MORTI 2018	QUOZIENTE DI
Malattie Infettive e parassitarie escluso AIDS	10	2%	20	3%
AIDS		0%	1	0%
Tumori	151	24%	160	24%
Malattie Endocrine, Nutrizionali e	22	4%	24	4%
Malattie del sangue, degli organi emopoietici	5	1%	3	0%
Malattie del sistema Nervoso e degli organi	26	4%	21	3%
Malattie del sistema Circolatorio	176	28%	198	30%
Malattie ischemiche del cuore	56	9%	47	7%
Disturbi Circolatori dell'encefalo	42	7%	48	7%
Malattie dell'apparato respiratorio	46	7%	61	9%
Malattie dell'apparato digerente	27	4%	34	5%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1	0%	2	0%
Malattie del sistema osteomuscolare e del	6	1%	7	1%
Malattie del sistema genitourinario	14	2%	9	1%
Cause esterne di traumatismi e	39	6%	21	3%
Accidenti da mezzi di trasporto	4	1%	3	0%
Suicidio e autolesione	13	2%	6	1%
<b>TOTALE</b>	<b>621</b>	<b>100%</b>	<b>656</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborazione dati Rencam 2018/2019

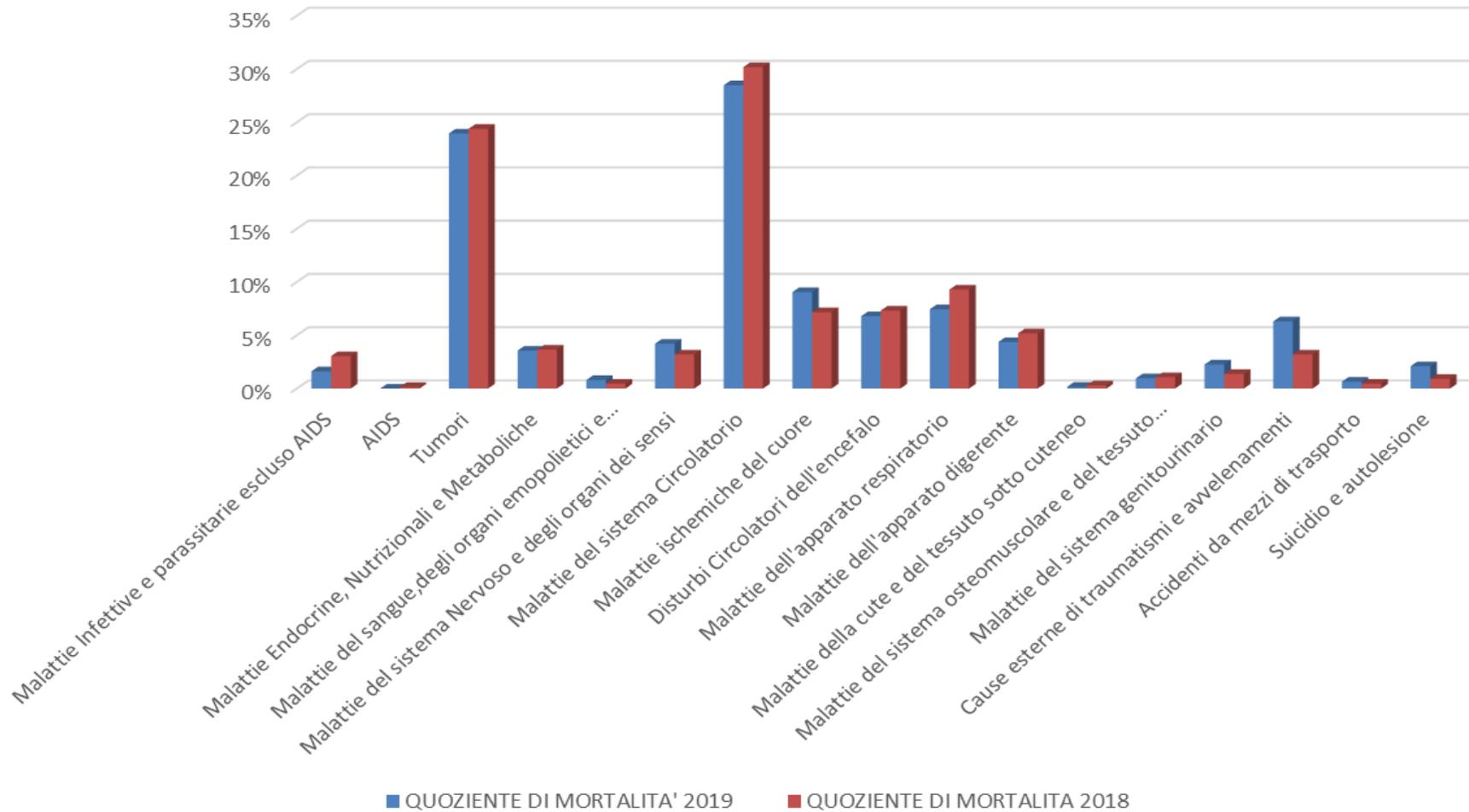
Come evidenziato nel grafico seguente la principale causa di morte nei 23 comuni dell'Ogliastra è data dalle malattie del sistema circolatorio (28%) seguito da tumori (24%), malattie ischemiche del cuore (9%), malattie del sistema respiratorio (7%) e disturbi circolatori dell'encefalo (7%).

## MORTALITA' PER CAUSE DI MORTE ANNO 2019



Fonte: Elaborazione dati Rencam 2018/2019

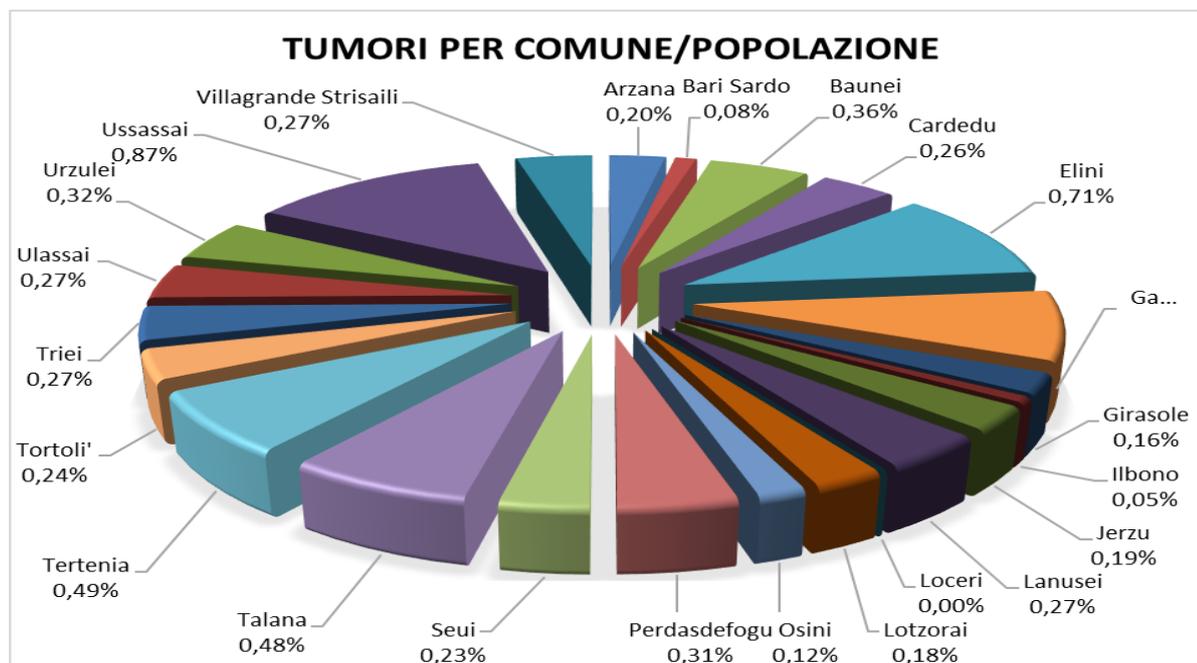
## CAUSE DI MORTE



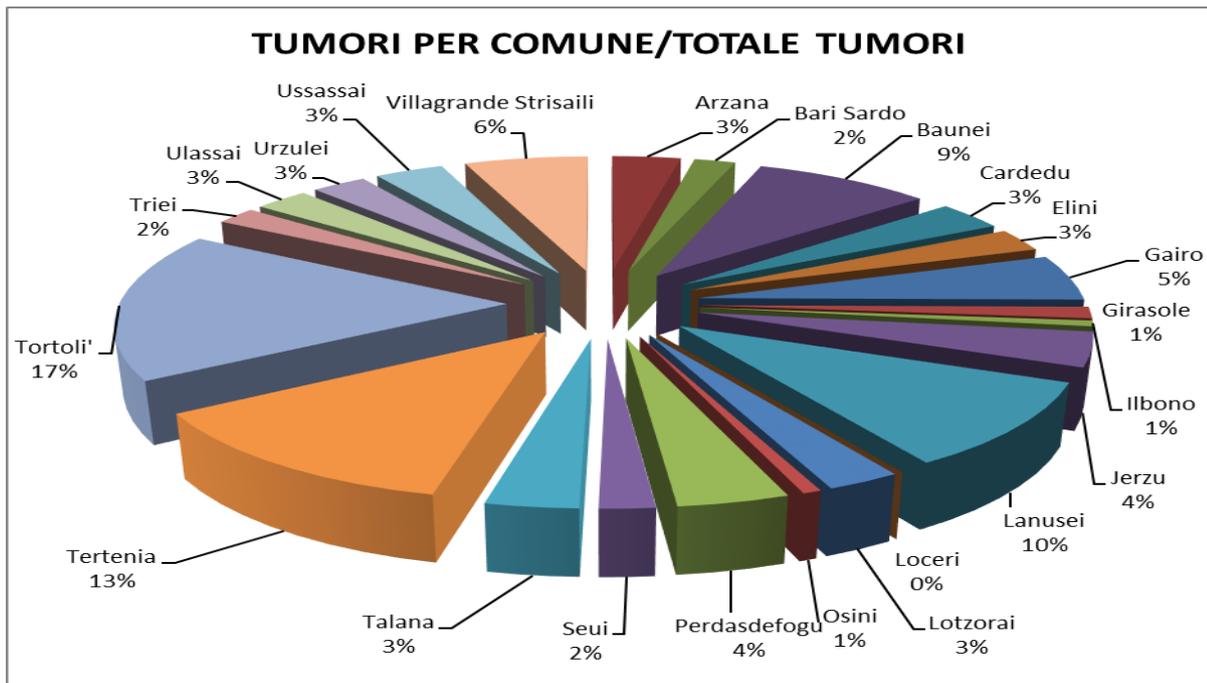
## Tumori per comune residenza

COMUNE	TUMORI	POPOLAZIONE	TUMORI/POPOLAZIONE	TUMORI/TOTALE TUMORI
Arzana	5	2468	0,20%	3%
Bari Sardo	3	3975	0,08%	2%
Baunei	13	3654	0,36%	9%
Cardedu	5	1892	0,26%	3%
Elini	4	564	0,71%	3%
Gairo	8	1463	0,55%	5%
Girasole	2	1275	0,16%	1%
Ilbono	1	2158	0,05%	1%
Jerzu	6	3159	0,19%	4%
Lanusei	15	5455	0,27%	10%
Loceri	0	1276	0,00%	0%
Lotzorai	4	2207	0,18%	3%
Osini	1	806	0,12%	1%
Perdasdefogu	6	1957	0,31%	4%
Seui	3	1310	0,23%	2%
Talana	5	1046	0,48%	3%
Tertenia	19	3888	0,49%	13%
Tortoli'	26	11059	0,24%	17%
Triei	3	1124	0,27%	2%
Ulassai	4	1465	0,27%	3%
Urzulei	4	1260	0,32%	3%
Ussassai	5	575	0,87%	3%
Villagrande Strisaili	9	3282	0,27%	6%
<b>TOTALE</b>	<b>151</b>	<b>57318</b>	<b>0,26%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborazione dati Rencam 2018/2019



Fonte: Elaborazione dati Rencam 2018/2019



Fonte: Elaborazione dati Rencam 2018/2019

#### 1.4. Analisi del contesto interno

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

L'assistenza collettiva svolge principalmente le seguenti attività:

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

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

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

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

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

- attività svolta dai Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dei medici di Continuità Assistenziale;
- emergenza sanitaria territoriale (in raccordo con l'attività di pertinenza dell'AREUS secondo le disposizioni regionali in merito);
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza protesica;
- attività e servizi di assistenza domiciliare;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività e servizi del consultorio per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività e servizi per le persone disabili adulte e anziane;
- attività e servizi per le patologie da HIV;
- attività e servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita;
- assistenza psicologica;
- medicina scolastica;
- educazione sanitaria e tutela della salute collettiva in stretto coordinamento con il competente Dipartimento di Prevenzione;
- sanità penitenziaria.

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

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

Posti letto Presidio Ospedaliero

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

Fonte HSP12 anno 2022

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

Posti letto struttura privata convenzionata

DISCIPLINA	POSTI LETTO			
	DEGENZE ORDINARIE	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	TOTALE
Day surgery	—	—	8	<b>8</b>
Medicina generale	10	2	0	<b>12</b>
Recupero e riabilitazione funzionale	10	4	0	<b>14</b>
Lungodegenti	20	0	0	<b>20</b>
Geriatrics	10	2	0	<b>12</b>
<b>TOTALE</b>	<b>50</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>66</b>

Fonte HSP13 anno 2022

## SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 Valore pubblico

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

Per Valore Pubblico si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica rispetto ad un livello di partenza. La Pubblica Amministrazione crea Valore Pubblico quando riesce a utilizzare

le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholders in generale) e del contesto aziendale originando un accrescimento del benessere. La Pubblica amministrazione crea Valore infatti se consegue congiuntamente un miglioramento continuo ed equilibrato degli impatti esterni (economico-sociale-ambientale-salute) e interni attraverso percorsi di valorizzazione dei dipendenti e sviluppo delle capacità di integrazione e coordinamento (salute dell'ente).

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

Degli studi hanno evidenziato che il concetto di Valore Pubblico dovrebbe guidare quello della performance dell'Ente, divenendone la stella polare sia in fase di programmazione che di misurazione e di valutazione e ponendosi, quindi, come una sorta di "meta-indicatore" o "performance delle performance". Il Valore Pubblico, infine, è il risultato di un processo progettato, governato e controllato che richiede l'adozione di strumenti specifici, a partire dal cambiamento degli assetti interni per giungere agli strumenti di interazione strutturata con le entità esterne all'Amministrazione.

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

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



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

La Sanità Pubblica Veterinaria sarà particolarmente impegnata nel contrasto alle malattie infettive, specie alle zoonosi, e a quelle che determinano allarme sociale e impatto negativo sul comparto agro-zootecnico dell'Isola. Tra queste assumono particolare importanza la Blue Tongue, la Peste Suina Africana e la Tuberculosis Bovina. Sono quindi obiettivi strategici da mantenere nel triennio ottenere o mantenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da tubercolosi, garantire la salute degli animali attraverso l'attività di eradicazione della peste suina.

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

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

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

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

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 559 del 29 dicembre 2023 è stato approvato il piano di azione per la riduzione della spesa energetica della Asl Ogliastra.

L'ASL Ogliastra ha ritenuto essenziale provvedere alla stesura e all'approvazione di linee guida, volte all'efficientamento energetico dell'Azienda e al conseguente risparmio economico. Questo in linea con l'attuale orientamento europeo e con il piano programmatico regionale (e in coerenza con le indicazioni del Piano Energetico Ambientale Regione Sardegna - PEARS).

Il "Piano di Azione" adottato sottolinea la concreta volontà di agire sia attraverso le azioni strutturali messe in campo dalla direzione aziendale, sia con il coinvolgimento degli operatori della sanità in un processo di formazione, informazione e assunzione di comportamenti virtuosi per il raggiungimento ed il mantenimento degli obiettivi di sostenibilità ambientale.

In data 29 dicembre 2023 in Azienda si è tenuto un corso, al fine di sensibilizzare tutto il personale sull'uso intelligente e razionale dell'energia e all'illustrazione del Piano dedicato.

L'intento prefissato è quello di far conoscere e informare soprattutto i dipendenti sui sistemi per l'efficienza energetica per gli edifici e gli impianti, sulle FER (fonti di energia rinnovabili), ma anche sulle buone pratiche ed abitudini PER LA RIDUZIONE DELLA SPESA ENERGETICA. Negli incontri, convegni, corsi, verranno affrontati anche gli aspetti economici e normativi legati alle opportunità di crescita legate al risparmio energetico.

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

VALORE PUBBLICO		
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Prevenzione tumori e potenziamento screening	Tasso di mortalità per tumore	riduzione tasso %
Migliorare le abitudini e gli stili di vita mediante identificazione aree critiche e adozione di azioni correttive	Indicatori su corretti stili di vita (sedentarietà – fumo - alcool)	miglioramento indicatori
Identificazione e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie	Adesione al sistema Passi e Passi d'Argento	incremento adesione
	Contribuire al consolidamento del registro tumori	alimentazione tempestiva del sistema Rencam
	Adesione al Sistema Okkio	adesione al sistema di sorveglianza
Riduzione del rischio per malattie infettive e diffuse nell'uomo e negli animali	% di zoonosi	ottenimento/mantenimento qualifica indenne
Ridurre infortuni sul lavoro	% infortuni per comparto di produzione	riduzione tasso %
Tutela patrimonio zootecnico	% allevamenti indenni per brucellosi/tubercolosi/peste suina	ottenimento/mantenimento qualifica indenne
Miglioramento delle cure domiciliari per anziani > 65 anni	% anziani in ADI	≥ 10%
Miglioramento delle condizioni di vita in carcere	% pazienti assistiti	incremento %
	% pazienti inseriti in progetti riabilitativi	incremento %
	% dipendenze da sostanze	riduzione tasso %

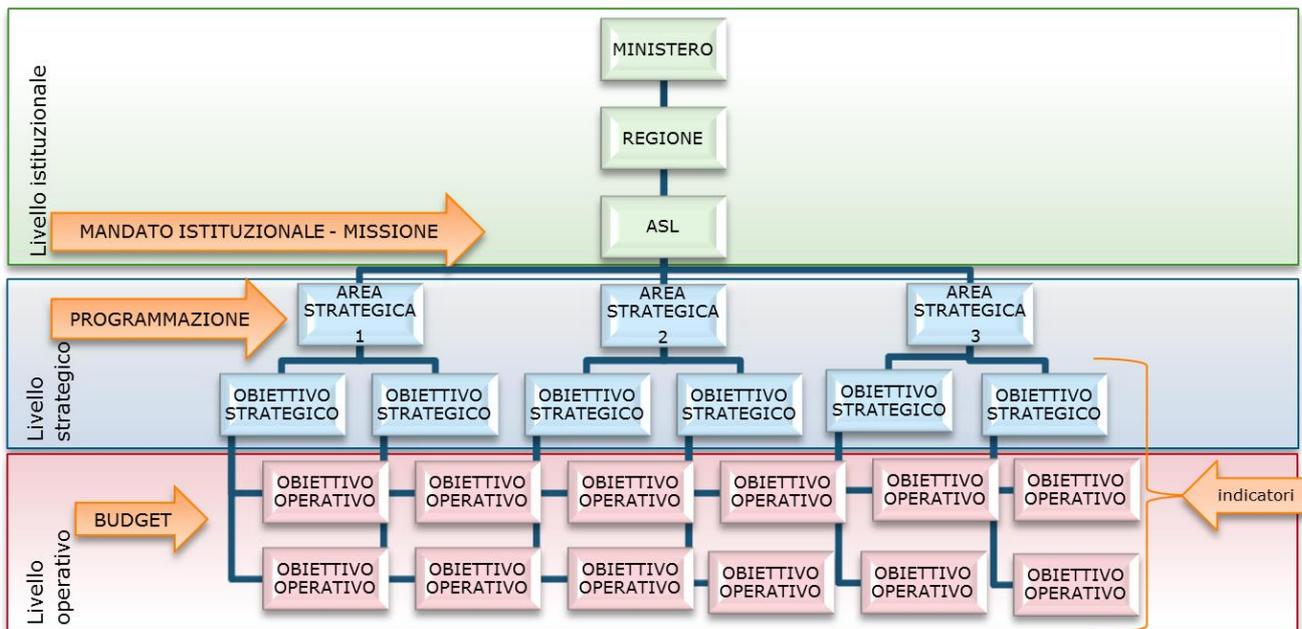
VALORE PUBBLICO		
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Riduzione delle patologie legate alle dipendenze	% dipendenze da gioco	riduzione tasso %
Miglioramento immagine azienda nel territorio	% soddisfazione utenti per livello di servizio	miglioramento soddisfazione utenti
Sviluppo della prevenzione del suicidio	% suicidi	riduzione tasso %
Riduzione tasso di ospedalizzazione	Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti	< = 160
	Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti	≤ 160
	Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti	≤ 160
Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	Indicatori del treemap del PNE	miglioramento indicatori
	Indicatori della griglia LEA	miglioramento indicatori
Valorizzare e sviluppare le risorse umane e le loro competenze	Adozione e potenziamento di sistemi di valorizzazione del merito e delle competenze	migliorare il grado di soddisfazione interno
Adottare misure di efficientamento energetico	Corsi di formazione effettuati / corsi programmati e sensibilizzazione del personale sull'uso intelligente e razionale dell'energia	si
	Applicazione e monitoraggio del piano d'azione per la riduzione della spesa energetica	applicazione piano

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

## 2.2 Performance

La performance il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita. Nelle amministrazioni pubbliche il concetto di performance è stato introdotto dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che ha disciplinato il ciclo della performance. Il decreto legge n. 90 del 2014 (convertito nella legge n. 114/2014) ha trasferito le competenze in materia di performance al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri che ha emanato delle linee guida in merito.

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



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

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

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

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

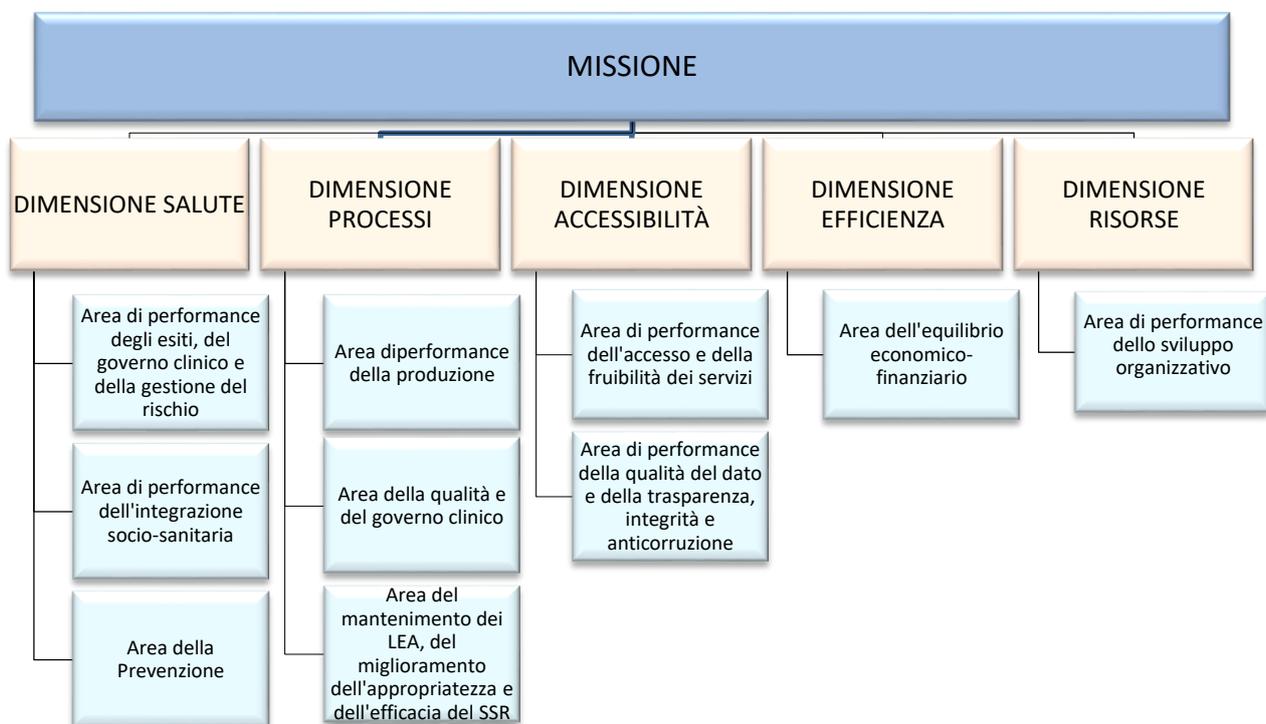
L'individuazione degli obiettivi strategici è stata effettuata altresì sulla base del Piano Sanitario Nazionale e Regionale, dalle indicazioni operative del Dipartimento delle Funzioni Pubbliche in materia di PIAO, in particolare di quelle in materia di efficientamento energetico (circolare DFP 2/2022),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

degli indirizzi regionali in materia ed infine del Piano Sanitario triennale 2024/2026 adottato dalla ASL Ogliastra e dell' Atto Aziendale della ASL Ogliastra. Un ultimo aspetto da considerare unitamente al contesto esterno, è anche il contesto interno e l'offerta di prestazioni e servizi offerti tenuto conto che è ancora in corso la ripresa dell'attività, a seguito di una drastica riduzione nel corso del 2020 e parte del 2021 a causa della pandemia covid.

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



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



## DIMENSIONE DELLA SALUTE

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

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

L'attuale quadro epidemiologico emergente, caratterizzato da un aumento della popolazione anziana e dalla presenza di patologie croniche e degenerative, unitamente alla gestione del post pandemia covid, impongono una rimodulazione della rete dei servizi territoriali attraverso una rivalutazione delle sue componenti sanitaria e socio-sanitaria con la necessità di forme organizzative innovative di assistenza come le Case di Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (ODC), le Unità di Continuità Assistenziali) UCA, le Centrali

Operative Territoriali ( COT) forme di assistenza orientate a potenziare l'assistenza territoriale evitando un ricorso non appropriato al pronto soccorso ed alle ospedalizzazioni.

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

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

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

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

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

Fondamentale importanza riveste l'integrazione dell'assistenza ospedaliera e quella territoriale con l'individuazione di percorsi che favoriscano la continuità dei processi di cura come espressione della presa in carico globale della persona con modalità che assicurino equità dell'accesso ai servizi, appropriatezza e tempestività degli interventi così da assicurare al cittadino risposte idonee in tempi rapidi. Una valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso e la conseguente formulazione del Piano di Assistenza Individuale, prima della dimissione dall'ospedale, deve essere garantita a tutti i pazienti "fragili" così da assicurare le cure più appropriate a soddisfare i bisogni assistenziali, nel setting assistenziale più appropriato, sia esso il domicilio il potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate, sia presso strutture di riabilitazione a ciclo continuo o a ciclo diurno o RSA, nonché le strutture socio assistenziali per la non autosufficienza come le Comunità Integrate per Anziani.

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

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

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

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

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

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

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

DIMENSIONE DELLA SALUTE			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
			screening cervicale: tasso di adesione reale >= 38%
Area della prevenzione	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(n. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screening colorettales: tasso di adesione reale >= 25%
			screening mammografico >= 35%
Area della prevenzione	Prevenire e contrastare i rischi sulla salute delle persone, degli animali e sugli ecosistemi	Attuare i programmi previsti nel PRP 2020/2025	attuazione
Area della prevenzione	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da tubercolosi	Ottenimento della qualifica al 31.12	Ottenimento della qualifica al 31.12
Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con eta superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all'obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anno 2024
Area di performance della produzione	Miglioramento delle cure domiciliari per anziani > 65 anni	% anziani in ADI	≥ 10% entro 2026
	Sviluppo di un modello di intervento integrato e multidisciplinare di MMG, PLS, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti, al quale l'assistito può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria	Realizzazione della Casa della Comunità (CdC)	avvio nel triennio
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Sviluppo dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), equipe mobile, di un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra i vari servizi o professionisti coinvolti	Avvio della Centrale Operativa Territoriale (COT),	avvio nel triennio
	Sviluppo di una equipe mobile, composta da un medico e un infermiere, che opera in collaborazione con gli MMG e PLS per la gestione ed il supporto della presa in carico di individui che presentano una condizione clinico-assistenziale di particolare complessità	Sviluppo dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA)	avvio nel triennio
	Rafforzamento del sistema assistenziale territoriale con l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e/o di Comunità	introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e/o di Comunità	avvio nel triennio
Area di performance degli esiti, del governo	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza	> 75%

DIMENSIONE DELLA SALUTE			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
clinico e della gestione del rischio		post operatoria inferiore a 3gg	
		% intervento per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2gg/N° interventi per frattura del femore*100	≥ 70%
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra ospedale e territorio per tutti i pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato	% di dimissioni protette	≥ 10%
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire l'efficacia assistenziale per le patologie croniche	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	N° di ricoveri per diabete <=40 ogni 100.000 abitanti
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Monitoraggio infezioni respiratorie	riduzioni in percentuale infezioni correlate a polmoniti nosocomiali	< 10*1000

## DIMENSIONE DEI PROCESSI

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

Gli obiettivi strategici per il nuovo triennio 2024/2026 dovranno tenere conto del nuovo assetto organizzativo approvato con il nuovo atto aziendale.

Nell'ambito dell'area della sanità pubblica e della promozione della salute umana al fine di potenziare la sorveglianza epidemiologica e migliorare contesti e le condizioni di vita si rende necessario implementare l'adesione ai Sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento. È fondamentale inoltre assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) funzionale all'avvio del Registro Tumori regionale previsto dalla

DGR 25/11 del 03/05/2016 e all'analisi delle principali cause di morte su cui concentrare l'attività di prevenzione.

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

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

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

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

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

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

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

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

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

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

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

DIMENSIONE DEI PROCESSI			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
		programmate sull'attività di controllo ufficiale 9/9	
Area di performance della produzione	Garantire l'applicazione del Piano Regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti negli stabilimenti riconosciuti rev. 2018	Numero di controlli ufficiali effettuati/Numero di controlli ufficiali programmati *100	≥ 70%
Area di performance della produzione	Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici secondo quanto previsto nel PRCUA	Numero di campionamenti ufficiali effettuati /Numero di campionamenti ufficiali programmati *100	≥ 70%
Area di performance della produzione	Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	Numero di stabilimenti categorizzati /numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati	≥ 80%
Area di performance della produzione	Garantire l'attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale	Numero di campioni effettuati/Numero totale dei campioni programmati *100	≥ 80%
Area di performance della produzione	Garantire l'inserimento dei controlli di sicurezza alimentare in SISAR	Numero controlli effettuati/Numero controlli inseriti	≥ 80%
Area di performance della produzione	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	numero di interventi ispettivi in aziende edili (compreso amianto)/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale	100%
		numero di interventi ispettivi in aziende agricole/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale /regionale	100%
		numero di interventi ispettivi in aziende di altri comparti/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale/regionale	100%
Area di performance della produzione	Garantire il controllo degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali	numero controlli effettuati/numero controlli programmati	100%
Area di performance della produzione	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore degli alimenti e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema degli audit negli stabilimenti del settore lattiero caseario	Numero di controlli ufficiali effettuati/ Numero di controlli ufficiali programmati nei piani di attività dei servizi nel*100	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Attivare Piano Mirato di Prevenzione (PMP) con l'attuazione dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione	Numero di PMP attivati/numero PMP da attivare	100%

DIMENSIONE DEI PROCESSI			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
	(come previsto per il 2022 nel PRP 2020/2025 in ogni sede SPRESAL)		
Area della qualità e del governo clinico	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	Numero di segnalazioni nel SIRMES da parte delle unità operative sanitarie ospedaliere  Numero di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	>=80 segnalazioni  >=5 audit
Area della qualità e del governo clinico	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area	>=una per area
Area della qualità e del governo clinico	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)
Area della qualità e del governo clinico	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali	1 progetto
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. N. di consulenze effettuate su totale delle richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM)	Attuazione e monitoraggio sulla attuazione del PDTA approvato nel 2022	Attuazione e monitoraggio
Area della qualità e del governo clinico	Attuazione e monitoraggio percorsi integrati del paziente nei diversi livelli di assistenza	Attuazione e monitoraggio percorsi	Attuazione e monitoraggio
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	≥ 25%

## DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA

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

L'azienda, al fine di contribuire al risparmio energetico ed all'uso razionale ed intelligente del gas e dell'energia, prevede, nel triennio 2024/2026, di monitorare la formazione e la sensibilizzazione di tutto il personale dipendente, in particolar modo il personale dirigente e chi ha la responsabilità di gestione degli impianti e degli acquisti. Il tema del risparmio energetico è stato ribadito inoltre nel nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti che saranno chiamati a partecipare attivamente alla riduzione ed al contenimento dei consumi impegnandosi quotidianamente per adottare dei comportamenti orientati all'efficienza energetica mediante un utilizzo intelligente e razionale dell'energia in raccordo anche con gli obiettivi del PNRR.

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

DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi
Area della gestione amministrativo-contabile	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	1. Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024
		2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanita	2. Rispetto dei termini
		3. Chiusura del bilancio anno 2022 entro il 30.04.2024	3. Rispetto dei termini
		4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	4. Rispetto dei termini
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art.1 comma 865 L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	N. 0 giornate di ritardo
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il controllo dei profili prescrittivi dei MMG, PLS e specialisti	Report bimestrale di monitoraggio del profilo prescrittivo dei MMG, PLS e specialisti con Z-score >1,5 per il controllo della spesa farmaceutica convenzionata	N° 3 report di controllo della spesa farmaceutica convenzionata e convocazione degli specialisti con Z-score >1,5

DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. N . errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1. 5 /5  2. ≤ 5%

## DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITÀ

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

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

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

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

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

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

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

DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITA'			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	85%
		Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: - MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo) - Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 1 marzo e 1 settembre)	- SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024  - SEDI Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio ed entro il 15 luglio dell'anno	Rispetto dei termini
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Garantire l'efficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S.	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio ≥ 7
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire la diminuzione del livello di rischio per episodi corruttivi nelle aree a rischio generale e specifico	Pubblicazione e aggiornamento in apposita sezione del sito internet istituzionale, dei criteri di formazione, delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa delle prestazioni erogate.	80%

DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITA'			
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
		Garantire la rotazione del personale nei servizi/procedure/commissioni aziendali e medico legali a maggior rischio corruttivo	si
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Potenziare l'utilizzo di tecnologie innovative di telemedicina	prosecuzione progetto telemedicina BPCO	si
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Implementare l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	pubblicizzazione delle funzionalità del FSE	si

## DIMENSIONE DELLE RISORSE

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

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

Poiché il benessere e la soddisfazione dei dipendenti rivestono un ruolo molto importante nel successo di dell'Azienda si tratta di trovare un equilibrio tra obiettivi aziendali e la motivazione dei dipendenti al fine di incrementare la performance individuale, coinvolgendo il dipendente nei processi organizzativi dell'organizzazione (il collaboratore che si sente coinvolto negli obiettivi dell'azienda e ne condivide i valori è più produttivo) al fine di fidelizzare i propri dipendenti.

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

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

### 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Il presente documento, ai sensi del D.M. n. 132/2022 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione”, è elaborato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall’organo di indirizzo in base alla Legge n.190 del 2012, a quelli indicati nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall’ANAC.

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

Considerato che non sono intervenuti fatti corruttivi nel triennio di vigenza del PIAO 2022-2024 e che l’organizzazione aziendale è ancora in fase di implementazione, è opportuno procedere gradualmente ad una revisione ed integrazione della mappatura dei processi e dell’analisi e valutazione delle aree di rischio alla luce della definizione dell’articolazione aziendale che si sta andando a delineare.

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

#### **Costituiscono figure principali della prevenzione della corruzione:**

La Direzione aziendale - assicura sostegno all’azione del Responsabile della prevenzione della corruzione ed in particolare, designa e supporta il R.P.C.T, adotta il PIAO ed i suoi aggiornamenti, tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l’autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, regolamenti per le sponsorizzazioni, atti di organizzazione

dell'attività libero professionale etc.) ed inoltre garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento a quelli organizzativi.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) - entro il 31 gennaio di ogni anno elabora l'apposita sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione relativa alla prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dalla Direzione aziendale e ne cura la trasmissione al Servizio Programmazione e Controllo per gli adempimenti di pubblicazione sul sito aziendale e di informativa al Dipartimento della Funzione Pubblica.

Verifica l'attuazione del piano e propone le dovute modifiche dello stesso laddove siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione; definisce le procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità ed inoltre verifica, d'intesa con il dirigente competente, sull'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività negli ambiti in cui è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione; redige e pubblica sul sito web dell'Amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, la relazione recante i risultati dell'attività svolta e cura la trasmissione della stessa alla Direzione Generale dell'Amministrazione e all'Organizzazione Indipendente di Valutazione.

La suddetta relazione si basa anche sui rendiconti ricevuti dai dirigenti relativamente alle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano stesso. Tenuto conto del delicato compito organizzativo e di raccordo svolto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, **l'Azienda si impegna ad assicurare allo stesso Responsabile un appropriato supporto attraverso l'assegnazione di adeguate risorse professionali, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.**

I Dirigenti, i Direttori di Dipartimento/Servizio/ U.O. e tutti i responsabili di ufficio e titolari di incarico per l'area di competenza - osservano le misure contenute nella sezione prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012), partecipano al processo di gestione del rischio, monitoraggio delle disposizioni contenute nel PIAO, all'individuazione delle misure di contenimento del rischio e della corretta implementazione/attuazione delle misure e svolgono attività informativa nei confronti del RPCT.

Assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione, sono responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei regolamenti e delle procedure aziendali, delle disposizioni contenute nel PIAO e di tutte le misure, sia generali che specifiche ed inoltre adottano le misure gestionali di competenza, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);

L'Organismo Indipendente di valutazione (OIV) e il Collegio Sindacale - nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza partecipano al processo di gestione del rischio con riferimento alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013); esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001); propongono annualmente eventuali modifiche e miglioramenti del PIAO e in particolare della sezione per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

L'Ufficio procedimenti disciplinari - l'ASL Ogliastra con Deliberazione del Direttore Generale n. 266 del 4 luglio 2023, ha provveduto alla nomina dei componenti Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) ex art. 55 bis D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii, mentre è ancora in fase di studio il regolamento procedurale.

Il Responsabile della formazione - riconosciuto quale figura preminente del Piano Nazionale Anticorruzione ha il ruolo di operare preventivamente a favore del personale che opera nelle aree a maggior rischio corruttivo.

Il personale dipendente e i collaboratori dell'Azienda - sono tenuti al rispetto di quanto previsto dal presente Piano di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza. All'uopo si precisa che devono intendersi sia i dipendenti dell'Azienda ASL Ogliastra con rapporto esclusivo e non esclusivo, sia il personale operante all'interno delle proprie strutture a qualunque titolo, compresi i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i tirocinanti formalmente autorizzati, i collaboratori e consulenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'ASL Ogliastra e comunque tutti i soggetti che a diverso titolo operano o accedono nella ASL Ogliastra;

Poiché la prevenzione della corruzione è un'azione collettiva tutti i soggetti sopracitati sono tenuti, a tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato, ad osservare le misure contenute nel PIAO, Sez. Rischi corruttivi e trasparenza, a partecipare al processo di gestione del rischio e a segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al RPCT o all'U.P.D. (art.54 bis del D.lgs. 165/01), ovvero per il tramite della piattaforma aziendale Whistleblower.

Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) e Soggetto Gestore per l'Antiriciclaggio - Al mantenimento del sistema di prevenzione dell'anticorruzione e della trasparenza partecipa anche la figura del responsabile dell'anagrafe stazione appaltante e soggetto gestore antiriciclaggio (RASA).

L'individuazione e la nomina di tale figura è stata disposta dalla ASL Ogliastra, ai sensi dell'art. 33 ter del decreto legge n. 179/2012 convertito in L. n. 221/2012, con Deliberazione del Direttore Generale ASL Ogliastra n. 418 del 27/10/2023.

## **Valutazione del rischio**

La valutazione del rischio sarà articolata in tre fasi:

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

L'identificazione del rischio (o meglio degli eventuali rischi) ha come obiettivo l'individuazione di comportamenti o fatti, anche solo ipotetici, tramite cui può concretizzarsi il fenomeno corruttivo. Pertanto, il coinvolgimento attivo dei responsabili delle articolazioni organizzative titolari del processo è fondamentale in quanto i responsabili delle strutture, avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

A tal proposito, il RPCT ha ritenuto opportuno proporre - nel corso dell'anno 2024 - come obiettivo di budget ai dirigenti di struttura, con esclusione di quelli ai quali è stato già assegnato per l'anno 2023, la mappatura di almeno un processo attinente alle proprie funzioni compresi nelle aree a rischio maggiormente significative e indicate da ANAC, nonché tutte le attività più rilevanti che si delineano alla luce degli adempimenti legati all'attuazione del PNRR.

### **Trattamento del rischio**

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare le misure correttive più idonee a contrastare i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Non ci si dovrà limitare a proporre misure astratte ma dovranno essere previste misure specifiche e puntuali da realizzarsi entro scadenze precise e ragionevoli definite sulla base della priorità rilevate e delle risorse effettivamente disponibili.

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

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

Le misure che l'Azienda intende mettere in campo in questa fase che possiamo definire ancora transitoria al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne delle ulteriori nel momento della piena attivazione del proprio Atto Aziendale approvato definitivamente con la delibera del Direttore Generale n. 27 del 06/02/2023, sono:

- rotazione dei dipendenti;
- gestione del conflitto di interessi;
- monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- patto d'integrità negli affidamenti;
- trasparenza e pubblicazione degli atti;
- gestione e monitoraggio del sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito. A riguardo si rappresenta che la ASL Ogliastra ha aderito al progetto “ WhistleblowingPA” e avviato nel secondo semestre 2022 la procedura di attivazione della relativa piattaforma informatica.

### **Rotazione del personale**

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

La rotazione del personale, oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e 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 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 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.**

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

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

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

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

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

### Rotazione ordinaria del personale Dirigenziale

La rotazione dei dirigenti, per quanto riguarda le UOC, avverrà a livello intra dipartimentale, in modo da evitare potenziali criticità riconducibili allo svolgimento di attività troppo distanti o scarsamente affini rispetto a quelle precedentemente svolte e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio. I Dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva di collaborazione e di accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento.

### Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale

Il principio della rotazione si applica con gradualità anche al personale non dirigenziale, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, avendo cura di evitare discontinuità e rallentamenti nell'attività conseguenti a possibili interferenze con la rotazione del personale dirigenziale. La rotazione si attua compatibilmente con le esigenze organizzative, le risorse disponibili e le attitudini specifiche richieste, seguendo una programmazione che tiene conto dell'esigenza di salvaguardare il buon andamento e la continuità dell'azione, al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e negli atti di competenza propria dell'Azienda. La rotazione del personale è attuata e monitorata dal Direttore Responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente.

### Rotazione straordinaria del personale

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

Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto. L'ASL provvederà caso per caso, adeguatamente motivando sulla durata della misura.

La rotazione straordinaria "anticipa" la fase di avvio del procedimento penale 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.

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

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

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

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

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

- legami di parentela o affinità sino al secondo grado;

- legami stabili di amicizia e/o di abituale frequentazione;
- legami professionali;
- legami di diversa natura capaci di incidere negativamente sull'imparzialità dei dipendenti.

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

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

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

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

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

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

Si precisa che, in relazione al conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici, l'ANAC con Deliberazione numero 494 del 05.06.2019, relativa alle Linee Guida n. 15 «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici», alle quali si rimanda ha definito l'ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara.

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

Il RPCT, in collaborazione con la Direzione Aziendale, fornirà informativa scritta ai dipendenti che operano nelle strutture aziendali interessate sulle sanzioni applicabili in caso di omessa/falsa dichiarazione sulla

sussistenza di situazioni di rischio, individuabili nelle sanzioni disciplinari di cui all'art. 16 del D.P.R. n. 62/2013 oltre che nella responsabilità amministrativa e penale, saranno indicate ai dipendenti anche gli effetti della violazione delle disposizioni sul conflitto di interessi sul procedimento amministrativo e sul provvedimento conclusivo dello stesso.

Nel corso dell'anno 2024, il RPCT ha ritenuto opportuno proporre come obiettivo di budget a tutti i direttori/responsabili di U.O. di struttura, la compilazione di un report sul conflitto di interesse/incompatibilità del personale afferente la struttura, al fine di sensibilizzare tutti i centri di responsabilità aziendali.

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

La Legge 190/2012 introduce il nuovo art. 35 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001 che pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

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

*“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:*

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

*b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*

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

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

#### Misure da attuare:

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

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

### **Incompatibilità/Inconferibilità incarichi**

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

**Nel corso dell'anno 2024 è consigliato acquisire dai dirigenti e dai dipendenti titolari di posizione organizzativa, le relative dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità/inconferibilità.**

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

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

La Asl Ogliastra, in attesa di adottare un proprio Regolamento, ha recepito il Regolamento unico per la gestione del personale a cui si fa riferimento in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i." dell'ATS Sardegna (Deliberazione D.G. n. 1325 del 28/12/2017).

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.

### **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..

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

Le articolazioni organizzative competenti in materia di procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture della ASL Ogliastra, inseriranno il Patto di Integrità in tutte le procedure bandite.

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

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

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

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

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

## **Il Programma di Trasparenza**

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

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

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

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

Il D.lgs. 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- accesso civico (con la richiesta di pubblicazione obbligatoria dei dati sul sito Amministrazione trasparente, qualora questi non fossero già presenti);
- accesso documentale (secondo la legge 241 del 1990);

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

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

Obblighi di trasparenza dei contratti pubblici - Con l'avvio della piena digitalizzazione dei contratti pubblici, che ha acquisito piena efficacia dal 1° gennaio 2024, arrivano anche delle importanti novità relative alla trasparenza e agli obblighi di pubblicazione di dati, atti e informazioni di cui alla delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023, che aggiorna ed integra la delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023.

La delibera individua gli atti, le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza ai fini e per gli effetti dell'art. 37 del decreto trasparenza e dell'art. 28 del codice dei contratti pubblici n. 36/2023. Gli obblighi di comunicazione e di pubblicazione si applicano a tutte le stazioni appaltanti e agli enti concedenti che rientrano nell'ambito soggettivo di applicazione del decreto trasparenza. Per le procedure avviate dal 1° gennaio 2024, per assolvere gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici le stazioni appaltanti e gli enti concedenti devono comunicare tempestivamente alla BDNCP (banca dati nazionale dei contratti pubblici) tutti i dati e le informazioni di cui all'art. 23 del codice. La trasmissione dei dati alla Banca Dati è assicurata dalle piattaforme di approvvigionamento digitale e, ai fini della trasparenza, fanno fede i dati trasmessi alla BDNCP per il tramite della PCP (piattaforma contratti pubblici).

Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti dovranno quindi inserire sul proprio sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente" :

- un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP, secondo le regole tecniche di cui al provvedimento adottato da ANAC
- gli atti, i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP e che sono di pubblicazione obbligatoria come individuati nell'Allegato I della stessa delibera.

Tutti i dati devono rispondere ai criteri di qualità espressamente indicati dal legislatore all'articolo 6 del decreto trasparenza ovvero: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di

consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità. I dati, gli atti e le informazioni rimangono pubblicati in BDNCP e nella sezione "Amministrazione trasparente" della stazione appaltante e dell'ente concedente per almeno 5 anni e comunque nel rispetto delle previsioni dell'articolo 8, comma 3, del decreto trasparenza.

Accesso civico semplice e accesso civico generalizzato dei contratti pubblici - In caso di mancata pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" della stazione appaltante e dell'ente concedente, si applica la disciplina sull'accesso civico semplice di cui all'articolo 5, comma 1, del Decreto Trasparenza; qualora sia stata omessa la pubblicazione nella BDNCP, la richiesta di accesso civico va presentata al RPCT della stazione appaltante/ente concedente per verificare le responsabilità sull'omissione; se si appura che la stazione appaltante/ente concedente ha effettivamente trasmesso i dati alla BDNCP per il tramite della PCP, la richiesta di accesso va presentata al RPCT di ANAC, in qualità di amministrazione titolare della BDNCP.

I RUP ciascuno per la parte di competenza sono responsabili della elaborazione, della trasmissione e/o pubblicazione dei dati, atti e informazioni alla BDNCP o da pubblicare solamente in "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

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

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

Il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62), poi aggiornato dal DPR 13/06/2023 n. 81, definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare.

In ottemperanza ai DPR su richiamati, alle Linee Guida ANAC e tenendo conto delle peculiarità derivanti dai fini istituzionali cui è preordinata l'attività dell'Azienda socio-sanitaria locale n.4 Ogliastra, l'Azienda ha provveduto con Deliberazione del Direttore Generale n. 304 del 02/08/2023 ad adottare il proprio codice di comportamento aziendale che disciplina i seguenti ambiti:

- Regali compensi e altre utilità
- Partecipazione ad associazioni e organizzazioni
- Comunicazione degli interessi finanziari, conflitto di interesse e obbligo di astensione
- Prevenzione della corruzione e tutela del Dipendente che segnala illeciti
- Trasparenza e tracciabilità
- Comportamento nei rapporti privati

- Comportamento in servizio
- Rapporti con il pubblico
- Divieto di discriminazione e promozione della pari opportunità e di trattamento tra donne e uomini in tutte le attività aziendali
- Corretto utilizzo delle risorse e comportamenti eco- responsabili
- Corretto utilizzo degli strumenti Web
- Protezione dati personali
- Disposizioni particolari per i Dirigenti
- Esercizio dell'attività libero professionale e gestione delle liste d'attesa
- Contratti ed altri atti negoziali
- Rapporti con Società farmaceutiche.
- Vigilanza, monitoraggio e attività formative
- Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice

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

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

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

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

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

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

Occorre precisare che nel novero dei "poteri autorizzativi e negoziali" rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono,

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

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

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

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

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. Le segnalazioni possono riguardare illeciti penali, civili, amministrativi o contabili, così come le violazioni di normative comunitarie.

L'art. 1, comma 51, della legge 190/2012 ha inserito un nuovo articolo, il 54-bis, nell'ambito del d.lgs. 165/2001, "tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", c.d. "whistleblower" in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come whistleblowing

Il citato art 54-bis è stato di seguito modificato dalla Legge n.179 del 30 novembre 2017, che è stata superata a sua volta dalla legge di trasposizione della Direttiva Europea in materia di whistleblowing (n.1937/2019) attraverso il Decreto Legislativo n.24/2023.

La nuova normativa prevede oneri in capo alle organizzazioni pubbliche e private ed in particolare che tutti gli enti pubblici devono prevedere procedure interne per la gestione delle segnalazioni; lo stesso obbligo è in carico ai soggetti del settore privato che hanno un modello organizzativo ex D.Lgs. n.231/2001 e a tutte le organizzazioni private con almeno 50 dipendenti

L'ASL Ogliastra ha messo a disposizione a decorrere da dicembre 2022 una piattaforma informatica crittografata, fornita da Transparency International Italia e Whistleblowing Solutions attraverso il progetto WhistleblowingIT. Questo strumento garantisce, da un punto di vista tecnologico, la riservatezza della

persona segnalante, dei soggetti menzionati nella segnalazione e del contenuto della stessa. L'indirizzo web della Asl n. 4 Ogliastra per raggiungere la suddetta piattaforma e formulare le segnalazioni è il seguente: <https://aslogliastra.whistleblowing.it/#/>

Le procedure di whistleblowing incoraggiano a segnalare chiunque acquisisca, nel contesto dell'attività lavorativa, informazioni sugli illeciti commessi dall'organizzazione o per conto dell'organizzazione.

Non rientrano le seguenti segnalazioni:

- Segnalazioni palesemente prive di fondamento;
- Segnalazioni di dominio pubblico o acquisite illegalmente;
- Segnalazioni acquisite sulla base di indiscrezioni o vociferazioni scarsamente attendibili (c.d. voci di corridoio).
- Segnalazioni aventi ad oggetto una contestazione, rivendicazione o richiesta legata ad un interesse di carattere personale del segnalante.
- Segnalazioni inerenti al proprio contratto di lavoro, regolate da altre procedure dell'ente

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.

## **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 2024 è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale ARES n. 327 del 29/12/2023. 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.

La ASL Ogliastra ha pianificato l'attività formativa anno 2024 con i seguenti corsi:

- FAD asincrona “ANTICORRUZIONE TRASPARENZA” Responsabile scientifico dott. Farina Massimo - destinata a tutti i dipendenti (n. ore 16);

- FAD asincrona “PROTEZIONE DEI DATI E PRIVACY” Responsabile scientifico dott. Farina Massimo destinata a tutti i dipendenti (n. ore 16);

Ha inoltre aderito alla piattaforma e-learning “Syllabus: nuove competenze per le pubbliche amministrazioni” ove è possibile registrare i dipendenti da formare sulle competenze digitali.

### **Misure Trasversali di Prevenzione**

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

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

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

### **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.”

In data 26/29 giugno e 6 luglio 2023 il RPCT ARES e Data Privacy Officer (DPO), in collaborazione con la S.C. Formazione, Accredimento ECM ,hanno promosso una serie di incontri formativi in materia di privacy e trasparenza rivolti principalmente i dirigenti responsabili di struttura, i titolari di incarichi di funzione, i referenti privacy e anticorruzione delle 8 ASL della Sardegna compresa la ASL Ogliastra .

### **Obblighi di informazione nei confronti del RPCT**

Nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione sussistono gli obblighi di informazione da parte di tutti i soggetti coinvolti nel mantenimento del sistema di prevenzione della corruzione e della

trasparenza ed in modo particolare da parte dei dirigenti (art. 1, co. 9, lett.-c L.190/2012; art. 16, co. 1-ter, D.lgs. n. 165 del 2001). Nella presente sezione del PIAO, così come pure negli allegati di dettaglio relativi alla mappatura dei processi e definizione delle aree di rischio e alle relative misure di prevenzione declinate, sono indicate le specifiche rilevazioni, gli indicatori di monitoraggio e le frequenze con cui i dati devono essere, obbligatoriamente, trasmessi a cura dei soggetti ivi individuati, con particolare evidenza per quanto attiene le attività a più elevato rischio di corruzione. Il RPCT è chiamato a vigilare sull'osservanza e l'attuazione delle misure medesime.

### **Relazione del RPCT**

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

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

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

### Struttura organizzativa

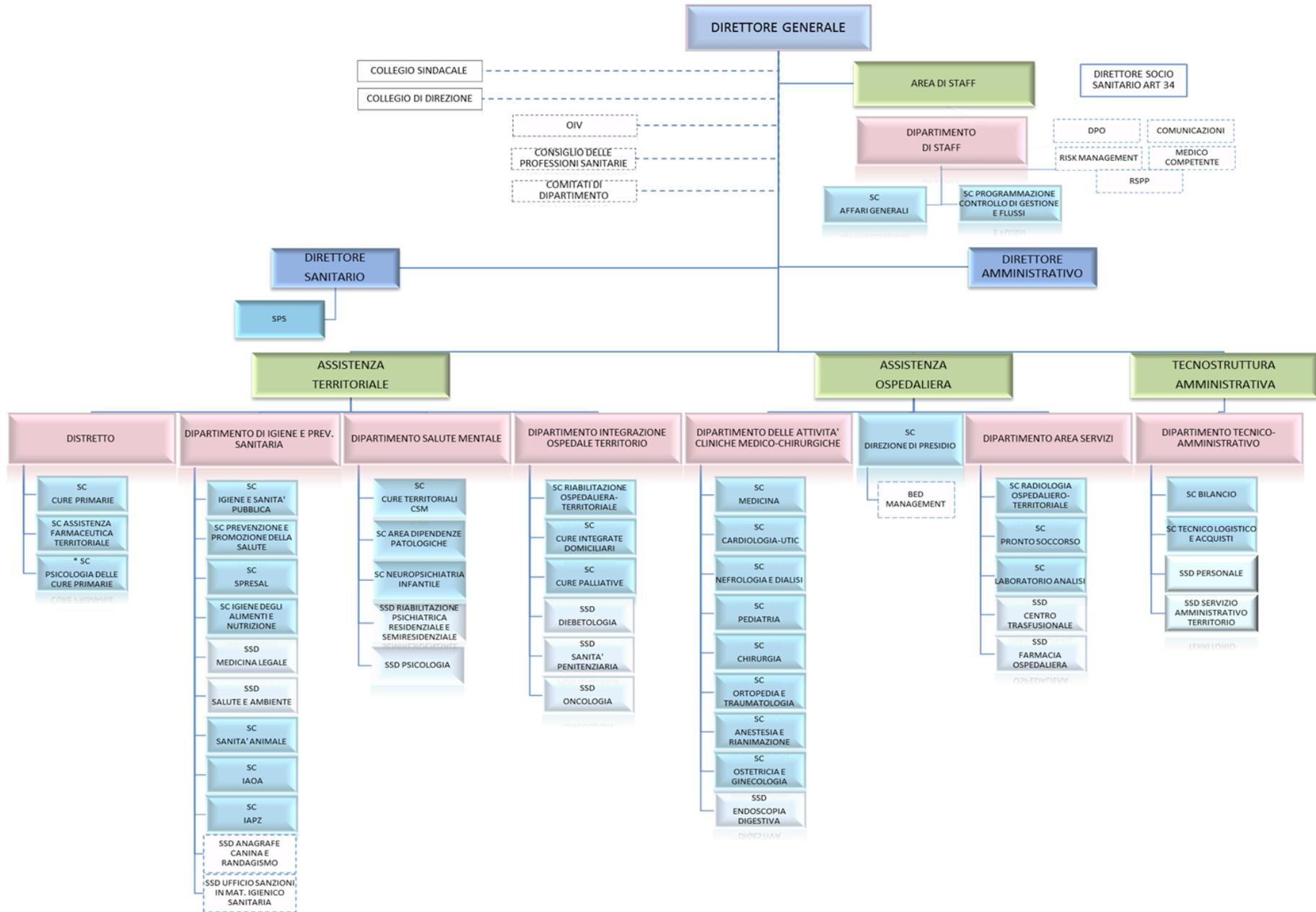
L'atto aziendale della ASL Ogliastra approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 27 del 06/02/2023 dichiarato conforme dalla DGR n. 3/39 del 27/01/2023.

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

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

l'assistenza farmaceutica, la sanità penitenziaria, il servizio di prevenzione e protezione, il rischio clinico e la clinical governance.

Si riporta di seguito il modello organizzativo della ASL Ogliastra:



### 3.1. Organizzazione lavoro agile

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

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

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

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

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

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

La Legge di Bilancio per l'anno 2024, non ha previsto la proroga dello smart working nel settore pubblico, ma la Direttiva Ministeriale del 29 dicembre 2023, ha riconosciuto tale eccezione per specifici lavoratori. Nello specifico, la Direttiva consente ai lavoratori fragili con gravi situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile. Nell'ambito dell'organizzazione di ciascuna

amministrazione sarà, pertanto, il dirigente responsabile a individuare le misure organizzative che si rendono necessarie, attraverso la stipula di accordi individuali.

L'amministrazione può riconoscere delle priorità nell'accoglimento delle richieste, secondo quanto stabilito dal Decreto Conciliazione vita – lavoro nei seguenti casi: genitori con figli di età pari o inferiore a 12 anni, genitori con figli disabili senza alcun limite di età.

Il lavoro da remoto sarà possibile solo attraverso la stipula di accordo individuale **tra l'azienda e il lavoratore** o una rappresentanza sindacale. A tal fine datore di lavoro e lavoratore dovranno sottoscrivere un apposito **accordo scritto** col quale stabiliscono che la prestazione lavorativa venga resa, a tempo determinato o indeterminato o, ancora, con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi:

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.2. Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il Piano triennale del fabbisogno di personale per il triennio 2024/2026 della ASL Ogliastra è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 453 del 15/11/2023. L'incremento delle figure professionali nel triennio è determinato dalla riorganizzazione del sistema sanitario regionale previsto dalla LR. 24/2010 con l'istituzione della ASL n. 4 Ogliastra.

Le tabelle seguenti rappresentano la sintesi della strategia di copertura del fabbisogno triennale di personale, per il triennio 2024-2025-2026, con il dettaglio del numero di teste, costo e percentuale suddiviso per ruolo di appartenenza.

	31.12.2024			31.12.2025			31.12.2026		
	TESTE	COSTI	% SUL TOTALE	TESTE	COSTI	% SUL TOTALE	TESTE	COSTI	% SUL TOTALE
<b>Totale Sanitario</b>	537	20.067.702	70.2	537	20.067.702	70	537	20.067.702	70
<b>Totale Professionale</b>	2	72.926	0,26	2	72.926	0	2	72.926	0
<b>Totale Tecnico</b>	59	1.296.261	7.71	59	1.296.261	8	59	1.296.261	8
<b>Totale Socio Sanitario</b>	85	1.933.183	11.11	85	1.933.183	11	85	1.933.183	11
<b>Totale Amministrativo</b>	82	1.995.434	10,72	82	1.995.434	11	82	1.995.434	11
<b>TEMPO INDETERMINATO</b>	737		096.34 %	737		96%	737		96%
<b>TEMPO DETERMINATO</b>	28		3.66%	28		4%	28		4%
<b>TOTALE</b>	765	25.365.507	100	765	25.365.507	100	765	25.365.507	100

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

#### Formazione del personale

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

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

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

## SEZIONE 4 - LE AZIONI POSITIVE

*Il documento è parte integrante del presente PIAO 2023-2025 della Asl Ogliastro.*

Il Piano costituisce il documento programmatico per l'attuazione di azioni positive all'interno del contesto organizzativo dell'Azienda. Il Piano è elaborato in conformità con la normativa comunitaria, nazionale e regionale e promuove l'attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità:

- nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa;
- nella formazione professionale e nei casi di mobilità;
- nella diffusione della cultura di genere;
- nella diffusione del principio di NON DISCRIMINAZIONE.

Garantisce nelle sue azioni il miglioramento dei livelli di benessere organizzativo e una migliore organizzazione del lavoro nel rispetto dell'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO:

a) Il contesto europeo:

**Direttiva 2000/43/CE –**

Nel giugno 2000, la Commissione Europea adotta una innovativa strategia quadro comunitaria in materia di parità fra uomini e donne che prevede, per la prima volta, che tutti i programmi e le iniziative vengano affrontati con un approccio che coniughi misure specifiche volte a promuovere la parità tra uomini e donne. L'obiettivo è assicurare che le politiche e gli interventi tengano conto delle questioni legate al genere, proponendo la tematica delle pari opportunità come chiave di lettura, e di azione, nelle politiche dell'occupazione, della famiglia, sociali, economiche, ambientali, urbanistiche.

b) Il contesto normativo nazionale e regionale

**Legge n. 125 del 10/04/1991** *“Azioni per la realizzazione della parità uomo- donna nel lavoro”*

**Legge n. 53 del 08/03/2000** *“Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città”*

**D.lgs. n. 165 del 30/03/2001** (art. 7-54-57) *“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*

**D.lgs. n. 198 del 01/04/2006** e succ.mod. **“Codice delle Pari Opportunità”**

Direttiva del 23/05/2007 del Ministero per le Riforme e Innovazioni nella Pubblica Amministrazione e del Ministero per i Diritti e le Pari Opportunità *“Misure per attuare pari opportunità tra uomini e donne nelle Amministrazioni Pubbliche”*

**D.lgs. n. 150 del 27/10/2009** *“Attuazione della L. 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”* enti, di congedi, di aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”

**Direttiva del 4 marzo 2011** del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e del Ministro per le Pari Opportunità *“Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”*

Direttiva 2/19 *“Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”*

Legge n. 124 del 7/8/2015 *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* con riferimento specifico all'art 14 avente ad oggetto la promozione della conciliazione tempi di vita e lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni

Legge regionale 8/2007 Norme per l'istituzione dei centri antiviolenza e case di accoglienza per le donne vittime di violenza;

Legge regionale *“Interventi per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere e allo stalking*

Deliberazione Giunta regionale e successivo decreto dell'Assessore Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale n 29 del 30 luglio 2018, istituzione del tavolo Permanente di coordinamento della rete controllo violenza di genere;

D.M. 13 Giugno 2019 Ministero della Salute *“Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere, recepito con DGR n 36/43 del 31/08/2021*

Deliberazione Giunta Regionale n 12/24 del 30/03/2023 Organizzazione del Lavoro Agile

#### **Azioni Positive:**

L'Asl Ogliastro intende mettere in atto un sistema di promozione delle pari opportunità attraverso la **Costituzione del Comitato Unico di Garanzia**, successivamente denominato CUG, strumento utile per l'attuazione delle azioni positive in azienda per ogni anno del triennio, previa redazione del *“Regolamento interno per la costituzione del CUG”* (in allegato), che assumerà il compito in generale di:

- promuovere la cultura di genere attraverso il rafforzamento della comunicazione ed informazione sul tema delle pari opportunità;
- promuovere iniziative volte al miglioramento del benessere organizzativo, tali da garantire le condizioni di lavoro migliori per tutte/i le/i dipendenti;
- favorire le politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro, attraverso azioni che tengano in considerazione le differenze e le esigenze tra uomini e donne all'interno dell'organizzazione, ponendo attenzione ai bisogni della persona a fianco di quelle dell'Azienda;

ed in particolare:

- entro il 30/03 di ciascun anno, il CUG presenta agli organi di indirizzo politico amministrativo una relazione sulla situazione del personale dell'ente di appartenenza. riferita all'anno precedente, contenente una specifica sezione sull'attuazione del Piano triennale e, ove non adottato, una segnalazione dell'inadempienza dell'amministrazione;

- a decorrere dell'entrata in vigore della nuova direttiva la relazione deve essere trasmessa anche all'Organismo Indipendente di Valutazione – OIV (o Nucleo di Valutazione);
- in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31/01 di ogni anno, anche come allegato al Piano delle performance.

#### **Azioni specifiche e trasversali:**

##### **FORMAZIONE per le azioni positive,**

Area di intervento si intendono attivare alcune azioni volte a formare i componenti del CUG per:

- lo svolgimento del proprio ruolo e svolgere attività di sensibilizzazione sulle tematiche delle azioni positive;
- approfondire la tematica inerente alla Medicina di Genere: il P.R.S. pone attenzione all'innovazione ed alla progettualità organizzativa che si realizza anche attraverso l'appropriatezza delle cure "gender oriented";
- approfondire i temi riguardo al contrasto alla violenza sulle donne: implementazione delle attività per la sensibilizzazione delle problematiche sulla violenza di genere e partecipazione ai protocolli di intesa interistituzionali promossi dalla Regione Sardegna, già avviati nel 2023;
- Progettazione di iniziative durante le giornate dedicate (8 marzo, 25 Novembre) per favorire la sensibilizzazione sul tema.

**DIFFUSIONE DI UNA NUOVA CULTURA DI GENERE** Area d'intervento: diffondere a livello organizzativo all'interno della agenzia la cultura di genere, il contrasto alle discriminazioni, alla violenza e al mobbing; valorizzare il benessere di chi lavora e contro le discriminazioni; presentazione di libri a tema; diffusione di un linguaggio di genere, favorire il rispetto del linguaggio di genere nella comunicazione e negli atti amministrativi dell'Ente per garantire le pari opportunità, sensibilizzare il personale dell'Ente all'utilizzo del linguaggio di genere, promuovere l'uso del linguaggio di genere nei documenti dell'ente; organizzazione di iniziative ad hoc per il personale dipendente.

**Correlazione tra BENESSERE ORGANIZZATIVO e AZIONI POSITIVE** Area d'intervento: promuovere il benessere organizzativo ed individuale: verso un'organizzazione generatrice di benessere sul lavoro, anche in relazione allo stress lavoro correlato; implementazione di interventi di prevenzione dello stress lavoro correlato in collaborazione con il Medico Competente; promozione in ambito di benessere organizzativo attraverso iniziative volte al trattamento del benessere psico- fisico delle lavoratrici e dei lavoratori. Iniziative volte a leggere la realtà aziendale e a promuovere le necessarie azioni di miglioramento in ambito di benessere organizzativo. Favorire lo sviluppo delle competenze professionali necessarie ad affrontare al meglio le nuove richieste lavorative. Sostenere il personale over 55 nell'affrontare al meglio le richieste lavorative nella fase avanzata della carriera. Valorizzare il bagaglio di esperienze e conoscenze del personale esperto di prossima uscita dal mondo del lavoro per favorire la continuità delle attività ed il buon funzionamento della struttura organizzativa di appartenenza oltre che facilitare l'eventuale inserimento del personale subentrante.

**PROMOZIONI DI POLITICHE DI CONCILIAZIONE** Area d'intervento: sviluppo di politiche di conciliazione famiglia/lavoro: favorire misure di conciliazione vita lavorativa e vita privata attraverso l'attivazione di specifici percorsi di azioni positive e relativa verifica della fattibilità e conseguente sperimentazione di ulteriori livelli di flessibilità d'orario a favore dei dipendenti in situazione di temporanea difficoltà di conciliazione (avendo particolare riguardo a motivi di cura e salute dei dipendenti o familiari), evitando disfunzioni o ricadute negative sull'organizzazione; sensibilizzazione sulla condivisione della cura dei figli: consapevolezza congedo parentale anche per i padri attraverso la promozione di campagne informative interne sui diritti previsti dalla legge; favorire l'attuazione di postazioni di teleconferenza; approfondimenti riguardanti l'applicazione di smart working.

**AZIONI DI RETE** Area d'intervento: approfondimento di costituzione di reti sulla violenza di genere, creare e mantenere la costituzione di reti regionali e territoriali con scopi di uniformità di approccio e di interventi, iniziative condivise che permetterebbero un impatto più significativo.

## **CONCLUSIONI**

Il Piano ha validità triennale dalla data del provvedimento di adozione. Le azioni del Piano potranno essere modificate, integrate ed ampliate nel corso del triennio sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che emergeranno in fase di attuazione. Il Piano è trasmesso per opportuna condivisione ed informativa agli interlocutori Istituzionali e alla Consigliera di Parità per la validazione.

## SEZIONE 5. MONITORAGGIO

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

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

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

31.12.2024

31.12.2025