

# **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O) 2026-2028**

## Sommario

PRESENTAZIONE .....	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELLA AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE OGIASTRA .....	6
1.1. Dati identificativi dell'azienda .....	6
1.2. Missione e visione .....	7
1.3 Mappatura degli stakeholder .....	8
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	9
2.1 Valore pubblico .....	9
2.1.A .1 Analisi del contesto esterno.....	9
2.1.A.2 Analisi del contesto interno .....	18
2.1.B Obiettivi di valore pubblico .....	21
2.1.C Procedure da reingegnerizzare .....	26
2.3 Performance .....	32
2.3.1 Dimensione dell'utente .....	33
2.3.2 Dimensione dei processi.....	35
2.3.3 Dimensione economica .....	41
2.3.4 Dimensione dell'apprendimento e innovazione .....	41
2.4 Rischi corruttivi e trasparenza.....	43
2.4.1 Valutazione del rischio .....	45
2.4.2 Trattamento del rischio .....	45
2.4.3 Il Programma di Trasparenza.....	55
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	61
3.1 Struttura organizzativa .....	61
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	63
3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni di personale .....	67
3.3.2 Formazione del personale .....	71
Le azioni positive .....	73
SEZIONE 4. MONITORAGGIO .....	77
ALLEGATI .....	78
Allegato 1 - Misurazione del rischio; .....	78
Allegato 2 - Rischi e misure di prevenzione; .....	78
Allegato 3 - Elenco Obblighi di pubblicazione; .....	78
Allegato 4 - Informativa Pantouflage; .....	78
Allegato 5 - Normativa di riferimento; .....	78
Allegato 6 - Piano triennale del fabbisogno del personale; .....	78
Allegato 7 - PFT ARES 2026 Corsi OGIASTRA DELDG-347-allegato-A-2025 .....	78

## PRESENTAZIONE

Il Piano integrato di attività e organizzazione, previsto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*, e convertito con la Legge 113/2021.

Il D.P.R. 81/2022 ha regolamentato la cessazione di efficacia dei precedenti piani per la Pubbliche Amministrazioni incluse nel perimetro del PIAO e l'assorbimento dei relativi adempimenti e contenuti nel nuovo strumento.

Il D.M.- 132/2022 ha regolamentato la struttura del PIAO, proponendo uno schema di piano di tipo articolato in Sezioni e Sottosezioni, e le modalità di inserimento dei vecchi contenuti nel nuovo contenitore secondo la logica della *“integrazione funzionale al Valore Pubblico”*

La Presidenza del Consiglio Dei Ministri – il Ministro della Pubblica Amministrazione, ha approvato il 30.10.2025 linee di indirizzo *“Linee guida sul Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)”* e i relativi Manuali operativi *“Ministeri e altre pubbliche amministrazioni centrali”, “Regioni”, “Province” “Città metropolitane e Comuni”* al fine di dare un supporto concreto per le amministrazioni alla risoluzione delle principali difficoltà riscontrate nella fase iniziale di applicazione del PIAO .

L'elaborazione del documento PIAO, richiede che il processo di predisposizione e gli uffici e/o strutture che vi prendono parte, siano ispirati a principi guida utilizzabili anche come criteri per valutarne la qualità complessiva delle azioni dirette ad incrementare il valore pubblico.

**Figura 1 Principi VP**

<b>Funzionalità al Valore Pubblico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• la pianificazione parte dal VP e i vari obiettivi operativi devono essere funzionali al VP: le performance creano il VP, l'anticorruzione e trasparenza lo proteggono e lo creano, le azioni di salute organizzativa e professionale lo abilitano.</li></ul>
<b>Selettività</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• il PIAO contiene pochi obiettivi di VP selezionati e prioritari.</li></ul>
<b>Adeguatezza</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gli obiettivi devono essere sfidanti e gli indicatori congrui; le baseline devono essere solide e i target migliorativi</li></ul>
<b>Integrazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La pianificazione è integrata sia in verticale tra missione, strategie e tattiche operative sia in orizzontale tra funzioni aziendali come performance, anticorruzione, bilancio.</li></ul>
<b>Semplificazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conseguenza della selettività e dell'integrazione dei contenuti e si esprime nella riduzione di piani, adempimenti, doppioni.</li></ul>
<b>Partecipazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La pianificazione è partecipata all'interno dell'amministrazione, anche grazie al coinvolgimento dei responsabili delle SottoSezioni PIAO e dei i responsabili degli obiettivi di VP (Responsabili Tematici).</li></ul>
<b>Chiarezza dei ruoli e dei tempi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definizione di ruoli, tempi e di sequenza di lavoro</li></ul>

Il PIAO della Asl Ogliastro si articola in quattro sezioni:

1. Sezione Scheda anagrafica;
2. Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione
3. Sezione Organizzazione capitale umano
4. Sezione Monitoraggio

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.

Il PIAO è in sintesi l'integrazione tra: obiettivi di Valore Pubblico, obiettivi di performance, misure di anticorruzione e trasparenza e le azioni di miglioramento della salute organizzativa.

**Figura 2 Integrazione Piani di programmazione**



Il documento integrato si articola quindi nelle quattro sezioni ognuna delle quali presenza delle sottosezioni, secondo lo schema di piano tipo allegato al D.M. 132/2022, in una logica funzionale alla creazione di valore pubblico nel rispetto dei principi enunciati.

**Figura 3 Struttura del PIAO**



L'aggiornamento del presente Piano è frutto della collaborazione e del lavoro congiunto, per ciascuna delle Sezioni e dei diversi Allegati, tra le Direzioni Generali e i servizi coinvolti. Lo specchio seguente riepiloga i principali apporti delle varie strutture organizzative:

**Tabella 1 Sintesi parti del documento**

Sezione/Allegato	Direzione/Ufficio	Altre strutture coinvolte, anche in maniera trasversale
Premessa	SC Programmazione Controllo di gestione e flussi	
Sezione 1. Scheda Anagrafica	SC Programmazione Controllo di gestione e flussi	
Sezione 2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	SC Programmazione Controllo di gestione e flussi RPCT	
Sezione 3. Salute organizzativa e Capitale umano	SC Programmazione Controllo di gestione e flussi SSD Personale	
Sezione 4. Monitoraggio e valutazione	SC Programmazione Controllo di gestione e flussi RPCT	
Allegati	SC Programmazione Controllo di gestione e flussi RPCT	

## 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.

Il logo ufficiale dell'Azienda è individuato apponendo al logo del Servizio Sanitario Regionale, unico per l'intero Servizio, il nome dell'Azienda:

Figura 4 Scheda anagrafica ASL Ogliastra


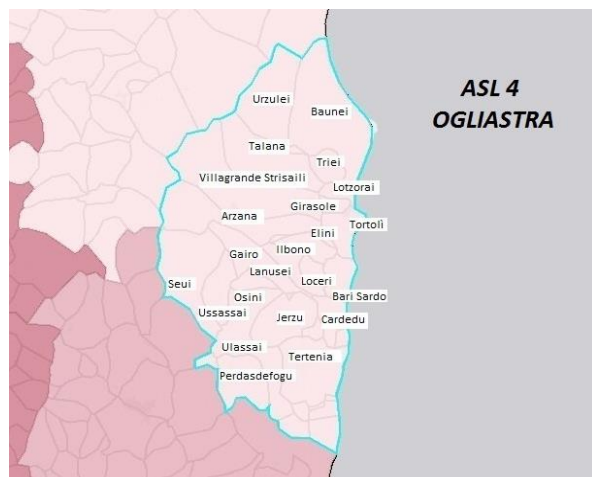
SCHEDA ANAGRAFICA	
	Denominazione Azienda Sanitaria <b>AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 4 OGLIASTRA - ASL 4 OGLIASTRA</b>
	Sede: <b>VIA PISCINAS, N 5 08045 LANUSEI (NU)</b>
	Codice Regione (NSIS) <b>200 - Regione SARDEGNA - Codice Azienda Sanitaria (NSIS) 304</b>
	Telefono <b>0782/490211</b>
	Sito web <b><a href="https://www.asl4ogliastra.it">https://www.asl4ogliastra.it</a></b>
	E-mail/PEC <b><a href="mailto:direzione.generale@asl4ogliastra.it">direzione.generale@asl4ogliastra.it</a> <a href="mailto:protocollo@pec.asl4ogliastra.it">protocollo@pec.asl4ogliastra.it</a></b>
	Riferimenti URP aziendale <b><a href="mailto:urp.ogliastra@asl4ogliastra.it">urp.ogliastra@asl4ogliastra.it</a> Telefono: 0782/490208</b>
	Natura giuridica <b>AZIENDA PUBBLICA ECONOMICA A CARATTERE SANITARIO E SOCIO SANITARIO</b>
	Codice Fiscale e Partita IVA <b>01620420917</b>
	Codice univoco <b>Ufficio fatturazione elettronica ET7V3U</b>
	Organo di vertice: Direzione Generale

Figura 5 Territorio ASL Ogliastra



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



L'ambito territoriale dell'Azienda ASL 4 Ogliastra, coincide con l'area storico-geografica della denominata 'Ogliastra' che confina a nord-ovest con la provincia di Nuoro e a sud-ovest con la provincia di Cagliari.

Il territorio ogliastrino ha una specifica connotazione geografica: prevalentemente montuoso e impervio nella parte interna, dove

si trovano montagne relativamente basse e aridi altopiani di roccia calcarea, e più pianeggiante lungo la costa. Queste caratteristiche geografiche hanno contribuito a

delineare un sistema demografico, sociale ed economico decisamente differenziato al suo interno tra zone interne e costiere

## **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 richiede 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.

La ASL Ogliastro si impegna a:

- Garantire l'erogazione omogenea dei LEA su tutto il territorio, salvaguardando le specificità del territorio ogliastrino
- Potenziare la promozione della salute e la prevenzione collettiva con l'integrazione tra Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Distretto, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e professionisti della salute.
- 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
- Sviluppare la rete dell'assistenza territoriale che garantisca l'integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure.
- 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, 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 Mappatura degli stakeholder

La Asl Ogliastro, pur essendo una piccola azienda sanitaria, opera in un contesto complesso e coinvolge diversi attori all'interno dei quali è condotta la mappatura degli stakeholder ossia delle persone o gruppi che hanno interessi che sono o potrebbero essere influenzati dalle attività di un'impresa. Gli stakeholder si distinguono tra stakeholder primari o **interni**, necessari per garantire l'attività dell'ente, e secondari o **esterni**, ossia coloro che non partecipano direttamente alle attività dell'Ente.

**Gli stakeholder interni** a un'organizzazione sono le persone il cui interesse per l'azienda deriva da un rapporto diretto. Possono influenzare ed essere a loro volta influenzati dal successo o dal fallimento dell'impresa perché hanno un interesse personale nell'organizzazione.

**Gli stakeholder esterni**, invece, sono coloro che non lavorano direttamente con l'azienda, ma sono in qualche modo influenzati dalle sue azioni e dai suoi risultati.

Figura 6 Rappresentazione Stakeholder

Utenti e Pazienti	Residenti
	Presenti a qualsiasi titolo nel territorio di riferimento
	Familiari e caregiver
Professionisti della salute	Medici
	Infermieri
	Operatori socio sanitari
Gestori e Direttori	Direttori
	Manager
Organi di controllo	Corte dei Conti
	Collegio sindacale
	OIV
Enti Pubblici e Istituzioni	Regione e Enti del SSR
	Province , Comuni e Enti Intermedi
Organizzazioni non Governative	Associazioni di Volontariato
	Fondazioni
Fornitori di servizi e prodotti	Aziende fornitrici di servizi sanitari e non sanitari
	Aziende fornitrici di beni sanitari e non sanitari
Comunità e Società Civile	Organizzazioni di cittadini
Ricercatori e Accademici	Università



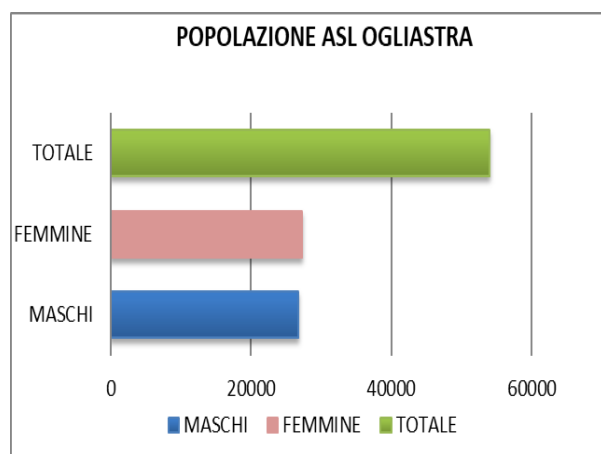
## SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 Valore pubblico

#### 2.1.A .1 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.

Figura 7 Distribuzione di genere della popolazione



Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2025

La popolazione del territorio di competenza della Asl 4 Ogliastra al 01/01/2025 ammonta a 53.937 residenti di cui 27.263 femmine e 26.674 maschi (-241 rispetto all'anno precedente). L'area si estende per 1.855 km<sup>2</sup> con una densità di popolazione pari a 29,09 abitanti per km<sup>2</sup> e corrisponde al 3,41% 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 oltre il 50% della popolazione.

Tabella 2 Popolazione al 01.01.2025

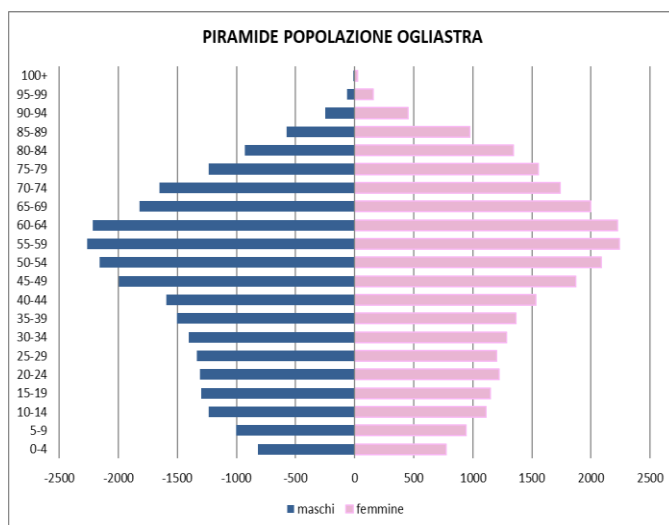
COMUNE	MASCHI	FEMMINE	POPOLAZIONE	KM/2	DENSITÀ 31/12/24
Arzana	1.100	1.099	2199	162,6	13,52
Bari Sardo	1.832	1.973	3805	37,53	101,39
Baunei	1.664	1.706	3370	216,5	15,57
Cardedu	963	1.015	1978	32,33	61,18
Elini	268	278	546	10,9	50,09
Gairo	625	641	1266	78,46	16,14
Girasole	679	683	1362	12,98	104,93
Ilbono	972	997	1969	30,91	63,70
Jerzu	1.463	1.472	2935	102,6	28,61
Lanusei	2.446	2.522	4968	53,38	93,07
Loceri	644	672	1316	19,31	68,15
Lotzorai	1.027	1.096	2123	16,84	126,07
Osini	366	325	691	39,68	17,41
Perdasdefogu	864	847	1711	77,73	22,01
Seui	590	561	1151	148,2	7,77
Talana	442	493	935	117,9	7,93
Tertenia	1.919	1.926	3845	117,8	32,64
Tortoli'	5.418	5.562	10980	39,97	274,71
Triei	536	517	1053	28,54	36,90
Ulassai	661	705	1366	122,1	11,19
Urzulei	523	519	1042	129,9	8,02
Ussassai	225	214	439	47,3	9,28
Villagrande Strisaili	1.447	1.440	2887	210,8	13,70
<b>TOTALI</b>	<b>26.674</b>	<b>27.263</b>	<b>53.937</b>	<b>1.854,26</b>	<b>29,09</b>

Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2025

Negli ultimi decenni si è assistito al continuo spopolamento dei comuni dell'interno a favore dei centri costieri. Due soli centri sono al di sopra dei cinquemila abitanti tra cui il Comune di Tortoli che registra una popolazione pari a circa un quinto dell'intera popolazione d'area, in crescita pressoché costante, con un contributo più che proporzionale apportato dalle classi più giovani e in età lavorativa, e con una densità demografica sensibilmente superiore alla media.

L'aspetto piramidale della distribuzione per classi di età della popolazione evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. La bassa numerosità nelle 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 45 ai 69 anni, in particolare quella dai 55 ai 59 anni.

Figura 8 Piramide della popolazione



Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2025

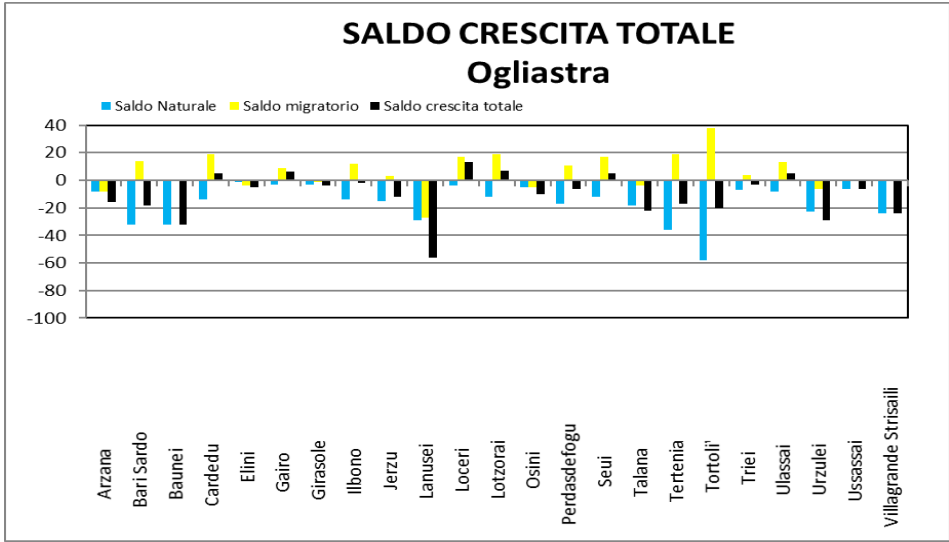
Il territorio è caratterizzato da un alto indice di vecchiaia che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione ed è espresso dal rapporto tra la popolazione >= 65 anni e la popolazione di età 0-14 anni moltiplicato per 100, è pari 251,56.

L'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva su quella attiva, presenta un valore pari a 62,18, aspetto da considerare nella definizione delle politiche sociali. 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.

Analizzando il saldo di crescita totale, dato dalla somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio, il saldo positivo si riduce a sei paesi: Gairo, Lotzorai, Seui, Ulassai, Loceri e Cardedu.

Figura 9 Saldo crescita totale



Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2025

Altro indicatore fondamentale per conoscere lo stato di salute della popolazione é l'analisi delle cause di morte. Dalla elaborazione dei dati Rencam (registro delle cause di morte) della asl Ogliastra si evidenzia che le cause di morte maggiormente diffuse sono: disturbi del sistema circolatorio, neoplasie e malattie dell'apparato respiratorio. Si riportano nel grafico seguente le cause di morte nei comuni dell'Ogliastra negli anni 2020/2024 in valori assoluti e in valori percentuali:

Tabella 3 Cause di morte- Rencam 2020/2024

Causa di morte	2020	2021	2022	2023	2024
Malattie infettive e parassitarie escluso AIDS	7	7	11	9	16
Tumori	144	169	146	146	140
Malattie Endocrine, Nutrizionali e Metaboliche	23	31	23	33	25
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disturbi immunitari	2	2	5	1	3
Malattie del sistema Nervoso e degli organi dei sensi	26	29	30	19	25
Malattie del sistema Circolatorio	183	163	182	156	178
Malattie ischemiche del cuore	52	39	46	38	50
Disturbi Circolatori dell'encefalo	46	47	39	44	32

Causa di morte	2020	2021	2022	2023	2024
Malattie dell'apparato respiratorio	32	52	64	48	55
Malattie dell'apparato digerente	21	28	27	19	27
Malattie della cute e del tessuto sotto cutaneo		1		1	
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	6	3	4	5	3
Malattie del sistema genitourinario	7	16	4	15	13
Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	30	20	37	25	36
Accidenti da mezzi di trasporto	2	1		3	2
Suicidio e autolesione	7	3	10	5	5
<b>TOTALE</b>	<b>588</b>	<b>611</b>	<b>628</b>	<b>567</b>	<b>610</b>

Fonte: Elaborazione dati Rencam 2020/2024

**Tabella 4 Cause di morte - rencam 2020 2024 percentuali**

Causa di morte	2020	2021	2022	2023	2024
	% mortalità	% mortalità	% mortalità	% mortalità	% mortalità
Malattie Infettive e parassitarie escluso AIDS	1,20%	1,10%	1,80%	1,59%	2,62%
Tumori	24,50%	27,70%	23,20%	25,75%	22,95%
Malattie Endocrine, Nutrizionali e Metaboliche	3,90%	5,10%	3,70%	5,82%	4,10%
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disturbi immunitari	0,30%	0,30%	0,80%	0,18%	0,49%
Malattie del sistema Nervoso e degli organi dei sensi	4,40%	4,70%	4,80%	3,35%	4,10%
Malattie del sistema Circolatorio	31,10%	26,70%	29,00%	27,51%	29,18%
Malattie ischemiche del cuore	8,80%	6,40%	7,30%	6,70%	8,20%
Disturbi Circolatori dell'encefalo	7,80%	7,70%	6,20%	7,76%	5,25%
Malattie dell'apparato respiratorio	5,40%	8,50%	10,20%	8,47%	9,02%
Malattie dell'apparato digerente	3,60%	4,60%	4,30%	3,35%	4,43%
Malattie della cute e del tessuto sotto cutaneo	0,00%	0,20%	0,00%	0,18%	0,00%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	1,00%	0,50%	0,60%	0,88%	0,49%
Malattie del sistema genitourinario	1,20%	2,60%	0,60%	2,65%	2,13%
Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	5,10%	3,30%	5,90%	4,41%	5,90%
Accidenti da mezzi di trasporto	0,30%	0,20%	0,00%	0,53%	0,33%
Suicidio e autolesione	1,20%	0,50%	1,60%	0,88%	0,82%
<b>TOTALE</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Elaborazione dati Rencam 2020/2024

Nella tabella seguente e nel grafico sottostante si riportano le percentuali per ciascun comune dei deceduti per tumore rispetto alle restanti cause di morte nell'anno 2024.

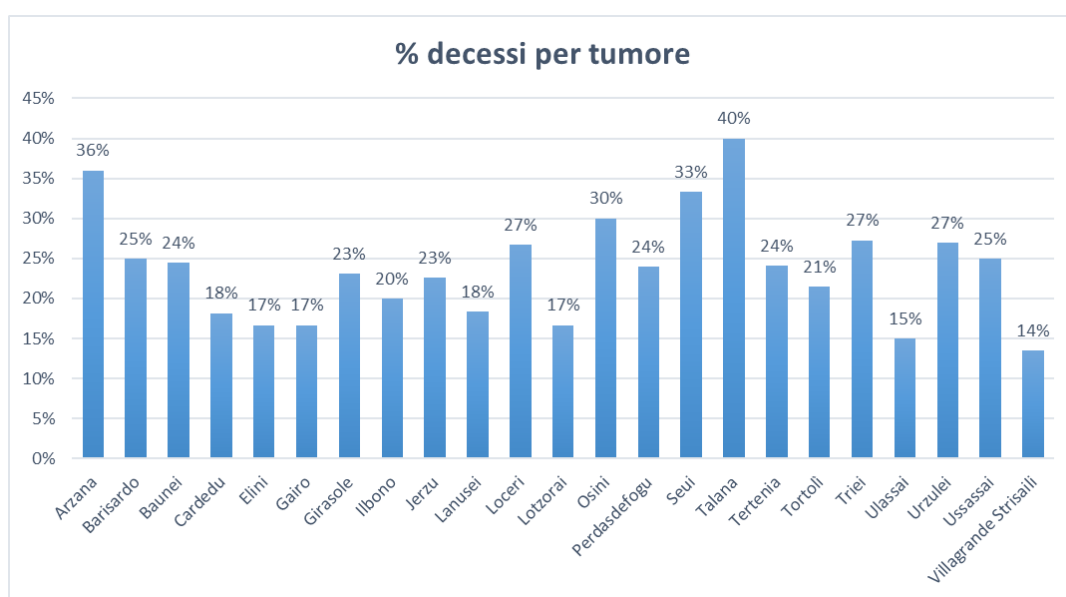
**Tabella 5 Cause di morte Rencam 2020 2024 ripartizione per Comune**

Comune	n° decessi per tumore 2024	totale deceduti 2024	% decessi per tumore
Arzana	9	25	36%
Barisardo	12	48	25%
Baunei	11	45	24%
Cardedu	4	22	18%
Elini	1	6	17%
Gairo	2	12	17%
Girasole	3	13	23%
Ilbono	5	25	20%
Jerzu	7	31	23%
Lanusei	9	49	18%
Loceri	4	15	27%
Lotzorai	4	24	17%
Osini	3	10	30%

Comune	n° decessi per tumore 2024	totale deceduti 2024	% decessi per tumore
Perdasdefogu	6	25	24%
Seui	6	18	33%
Talana	8	20	40%
Tertenia	13	54	24%
Tortoli	23	107	21%
Triei	3	11	27%
Ulassai	3	20	15%
Urzulei	7	26	27%
Ussassai	2	8	25%
Villagrande Strisaili	5	37	14%
Totali Ogliastra	150	651	23%

Fonte: Elaborazione dati Rencam 2024

Figura 10 Grafico % di decessi per tumore per Comune



Fonte: Elaborazione dati Rencam 2024

Il territorio di riferimento è uno dei fattori fondamentali per ogni impresa che vi opera. Conoscere e analizzare il contesto territoriale operativo è strumentale all'elaborazione di nuove strategie di sviluppo e di miglioramento quali-quantitativo dei servizi offerti. Uno degli strumenti utili ad approfondire la conoscenza del territorio è l'analisi degli indicatori di benessere equo e sostenibile (BES) sviluppati dall'ISTAT e dal CNEL al fine di valutare l'impatto delle decisioni pubbliche sulla qualità di vita dei cittadini e per valutare il progresso di una società non solo dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale.

Il Comitato per gli indicatori di benessere equo e sostenibile ha selezionato, sulla base dell'esperienza maturata a livello nazionale e internazionale, un insieme di dodici dimensioni utili alla valutazione del benessere equo e sostenibile.

**Figura 11 Indicatori BES**



All'interno di ciascuna dimensione sono stati individuati degli indicatori. Nella dimensione salute sono stati individuati 14 indicatori organizzati in tre liste:

1. Indicatori globali di outcome: in grado di dare informazioni sul complesso del fenomeno;
2. Indicatori specifici per fasi del ciclo di vita: che arricchiscono l'informazione globale con degli approfondimenti legati a rischi che caratterizzano fasi specifiche del ciclo della vita;
3. Indicatori relativi a fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita: utili ai fini della valutazione della sostenibilità degli attuali livelli di salute della popolazione e del loro auspicabile miglioramento.

**Figura 12 Indicatori BES Dimensione Salute**



Nel confronto con l'Italia il profilo della Sardegna si caratterizza per livelli di benessere inferiori per la maggior parte degli indicatori, esclusa la mortalità infantile.

I divari più marcati con il Paese si registrano per la mortalità per tumore della popolazione adulta (20-64 anni) con un tasso che nel 2022 si attesta a 8,8 decessi per 10 mila residenti (+1,2 punti rispetto all'Italia), e per quella dovuta a demenze e malattie del sistema nervoso fra gli anziani (65+) (nello stesso anno 44,3 per 10 mila, 9,0 punti in più dell'Italia e 12,1 in più del Mezzogiorno). Si scostano dal profilo regionale, avvicinandosi alla media-Italia, solo la provincia di Sassari per la mortalità per tumore (7,8 per 10 mila) e quella di Nuoro per la mortalità per demenze degli anziani (34,3 per 10 mila). Lo svantaggio della regione è ampio anche per la mortalità evitabile (0-74 anni)<sup>2</sup>, pari, nel 2022, a 19,6 per 10 mila abitanti (17,6 in Italia): il tasso è maggiore della media-Italia in tutte le province e, rispetto al 2019, evidenzia anche un peggioramento più marcato

(+1,8 punti in regione; +1,1 in media nazionale), maggiore nelle province di Sassari e Nuoro (+2,6 decessi evitabili per 10 mila residenti)<sup>1</sup>

Focalizzando l'attenzione sui dati statistici di alcuni di questi indicatori, emerge come gli scostamenti dalla media nazionale siano più significativi se ci analizziamo i dati delle province sarde. Per la provincia di Nuoro, all'interno della quale sono allocati i dati dell'Ogliastra, il dato dell'indice "Mortalità per tumore (20-64 anni)" sale al 9,6 ben più alto rispetto alla media regionale.

L'analisi condotta dalla nostra azienda sulla mortalità per tumore rileva che questa rappresenta la seconda causa di morte della propria popolazione e l'incidenza delle morti incide per il 100% sulla fascia di età 20-64 anni. Raffrontando il dato delle morti per questa causa e questa fascia di età al totale delle morti nel territorio di registrano dati dal 24,5 del 2020 al 22,95 del 2024 con il picco del 27,70 nel 2021. I dati non sono direttamente confrontabili con i dati nazionali, ma sono comunque esaustivi nell'esprimere gli effetti che il rallentamento dell'attività di screening, avvenuta in questi anni, ha prodotto sulla capacità di cura dei propri assistiti.

L'abitudine al fumo riguarda il 20,5% delle persone di 14 anni e più; il dato è stabile rispetto al 2023, ma nel tempo diminuisce lievemente tra gli uomini (da 24,3% nel 2014 a 23,8% nel 2024), mentre aumenta tra le donne (da 15,2% a 17,4%). Il 16,0% delle persone di 14 anni e più ha comportamenti a rischio nel consumo di alcol. Il dato, altalenante dal 2014, è stabile dal 2023.

Nel 2024 il 16,0% delle persone di 14 anni e più presenta un consumo a rischio di bevande alcoliche, definito come il superamento delle quantità giornaliere raccomandate o l'assunzione, almeno una volta nell'anno, di sei o più bevande alcoliche in un'unica occasione.

Questi aspetti, abitudini al fumo, consumo di alcol, uniti al consumo di frutta e verdura e alla rinuncia alle cure sono state indagate nel territorio attraverso il programma Passi d'Argento ossia il sistema di sorveglianza della popolazione italiana con più di 64 anni.<sup>2</sup>

Il gruppo di persone ultra64enni infatti cresce in continuazione. Al 01.01.2025 rappresenta il 27,43% della popolazione residente. È un cambiamento profondo per la nostra società che incide nelle strategie organizzative e operative della Asl e nella sua capacità di assicurare un adeguato livello di assistenza nel territorio.

I dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica-, relativi alla sorveglianza Passi d'Argento, mostrano che in che in Sardegna si registrano valori positivi, rispetto alla media nazionale, su alcuni indicatori come: adeguata alimentazione, abitudine al fumo e consumo a rischio di alcol, e consumo di frutto e verdura indice di adeguata cultura alimentari.

I grafici che seguono mostrano l'andamento nazionale degli indici proposti.<sup>3</sup>

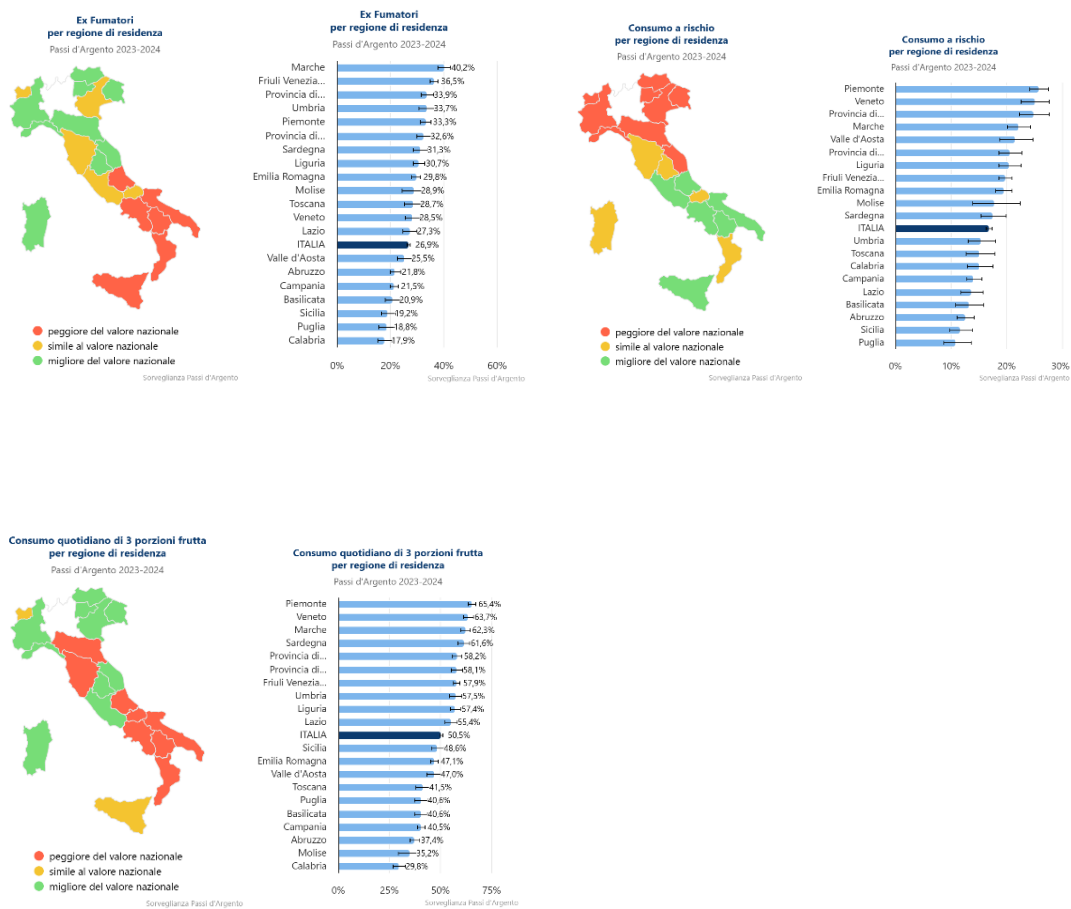
---

<sup>1</sup> Cfr BES dei Territori – Sardegna 2025 -ISTAT

<sup>2</sup> CFR Istituto Superiore di Sanità EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica

<sup>3</sup> Fonte l'Istituto Superiore di Sanità EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica- Passi d'argento

Figura 13 Sorveglianza Passi d'argento 2023 2024



Le rilevazioni eseguite dall'azienda ASL Ogliastro sul proprio campione di ultra 64enni mostrano i seguenti dati grezzi

Tabella 6 Consumo di alcol Asl Ogliastro anni 2023 2024

Non consumatori	Consumatori	Di cui consumatori ad alto rischio
58%	42%	41% (17% sul totale del campione)
75% F 25% M	71% M 29% F	90% M 10% F
		72% istruzione MI

Fonte: Igiene e Sanità Pubblica Asl Ogliastro

Tabella 7 Abitudine al fumo - Asl Ogliastro anni 2023 2024

Non fumatore	Di cui ex fumatore	Fumatore
95%	34% SI (30% sul totale del campione) 66% NO	5%

Fonte: Igiene e Sanità Pubblica Asl Ogliastro

Tabella 8 Alimentazione consumo frutta e verdura

Consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura	BMI:	
84,7%- SI	57,6% sottopeso/normopeso	



15,3%) - NO	42,4% sovrappeso/obeso	

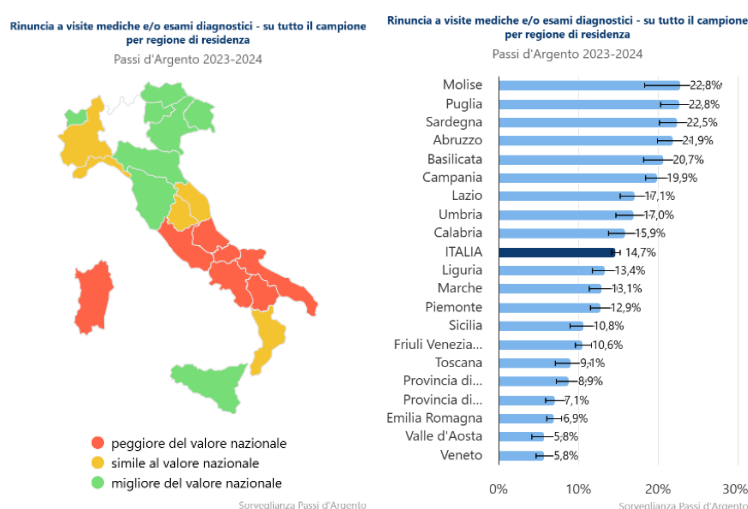
Fonte: Igiene e Sanità Pubblica Asl Ogliastro

Tra gli indicatori invece che rappresentano un grave indice di disagio individuale e sociale si rileva la rinuncia alle cure. La Sardegna si colloca al di sopra della media nazionale (14,70) con il dato del 22,70% di rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici.

La rinuncia alle cure mediche costituisce un fenomeno allarmante, in particolare tra la popolazione anziana, che risente di un bisogno sanitario elevato e di una vulnerabilità accentuata. Gli anziani spesso affrontano condizioni di salute più complesse e croniche, che richiedono un accesso regolare e continuo alle cure. La loro vulnerabilità è acuita non solo dal deterioramento fisico associato all'età, ma anche da fattori sociali ed economici, che possono limitare la possibilità di ottenere l'assistenza necessaria.

La decisione di rinunciare, spesso dettata da barriere economiche, logistiche, o dalla percezione di scarsa efficacia dei servizi, ha conseguenze significative sul benessere fisico e psicologico delle persone anziane.

**Figura 14 Sorveglianza Passi d'Argento 2023 2024 bis**



Anche i dati aziendali riferiti alla popolazione residente oltre i 65 anni di età, evidenziano dati allarmanti in relazione a quest'indice e alle motivazioni che portano alla rinuncia a trattamenti o controlli sanitari.

**Tabella 9 Rinuncia alle cure - Ogliastro**

Rinuncia alle cure	SI	NO	Non ha bisogno di cure
	22%	63%	15%

Fonte: Igiene e Sanità Pubblica Asl Ogliastro

**Tabella 10 Cause di rinuncia alle cure Ogliastro**

Motivi di rinuncia alle cure	Lunga lista attesa	Costi	Scomodità accesso	Altro
	56%	22%	11%	11%

Fonte: Igiene e Sanità Pubblica Asl Ogliastro

### **2.1.A.2 Analisi del contesto interno**

La legge regionale n. 24 del 11 settembre 2020 recante " Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. ..." ha avviato il percorso di riordino complessivo del servizio sanitario regionale sardo, così da renderlo maggiormente rispondente alle esigenze dei cittadini. La legge regionale n. 8 del 11 marzo 2025 recante "Disposizioni urgenti di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 11 settembre 2020, n. 24" ha dettato delle disposizioni urgenti di adeguamento, razionalizzazione e funzionalizzazione dell'assetto organizzativo ed istituzionale del Sistema sanitario regionale al fine di garantire una adeguata erogazione dei livelli di assistenza. Ai sensi dell'art. 14 della legge 8/2025, che prevedeva in via straordinaria il commissariamento delle aziende sanitarie, la ASL Ogliastra è stata commissariata a decorrere dal 05/05/2025 sino al 24/12/2025.

Con la Delibera di Giunta Regionale n 68/2 del 31.12.2025 avente ad oggetto: "Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra. Nomina Direttore" e la Deliberazione DG ASL 4 n 1 del 09.01.2026 di presa d'atto, è stato nominato il Direttore Generale dell'azienda.

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.

Nelle fasi preliminari e precedenti alla redazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), anche in concomitanza con l'attività di monitoraggio semestrale degli obiettivi di performance, è stata condotta un'analisi approfondita. Questo processo ha previsto una valutazione dettagliata dei punti di forza e di debolezza, che rappresentano rispettivamente i fattori interni positivi e negativi all'interno dell'organizzazione. Allo stesso modo, sono state identificate le opportunità e le minacce, che riflettono i fattori esterni che possono influenzare l'operato aziendale.

Per garantire una visione completa e condivisa, l'analisi ha coinvolto attivamente i responsabili di ciascuna struttura, permettendo così di raccogliere diverse prospettive e approfondire la comprensione del contesto interno. Questo approccio partecipativo ha portato a una migliore consapevolezza degli aspetti sia organizzativi che operativi, fornendo una base solida per le decisioni future. L'analisi complessiva dell'azienda ha consentito di evidenziare la situazione attuale mettendo in rilievo punti di forza e di debolezza e opportunità e minacce riepilogate nella tabella swot che segue. L'analisi si è estesa nel dettaglio alle tre aree dell'assistenza e ai dipartimenti in cui sono organizzate al fine di evidenziare le specificità di ciascuna e facilitare la pianificazione strategica e l'allocazione delle risorse.

Nella seguente tabella sono riportate le principali risultanze dell'analisi dei punti di forza e di debolezza e le opportunità e le minacce.

I punti di forza e di debolezza sono da riferirsi alla organizzazione interna e consistono nell'identificare le competenze distintive e le aree di qualità, le risorse, i processi e le capacità operative (punti di forza), le aree vulnerabili e gli aspetti migliorabili (punti di debolezza) della propria struttura.

Le opportunità e le minacce sono da riferirsi a fattori esterni e consistono, nell'individuare eventuali nuovi percorsi, ad esempio collaborazioni esterne in logica di rete (opportunità) e nell'identificare elementi esterni che possono incidere negativamente nelle azioni intraprese o da intraprendere, ad esempio cambiamenti normativi e tecnologici, presenza di competitor o mutamenti del contesto epidemiologico (minacce).

Tabella 11 Analisi SWOT Azienda ASL Ogliastro

<p><b>Punti di forza</b></p> <p><b>Alta professionalità del personale:</b> il personale aziendale, altamente qualificato e motivato, contribuisce alla qualità dei servizi offerti.</p> <p><b>Attività di prevenzione strutturate:</b> Screening oncologici, vaccinazioni e progetti di sorveglianza sanitaria sono ben implementati.</p> <p><b>Elevato sviluppo dell'attività di assistenza domiciliare(ADI).</b> La ASL Ogliastro ha raggiunto nel 2025 la percentuale del 19% della presa in carico di pazienti over 65</p> <p><b>Integrazione tecnologica e innovazione:</b> Capacità di adattamento e propensione all'uso di nuove tecnologie per migliorare i servizi sanitari.</p> <p><b>Sviluppo di nuovi servizi:</b> Attivazione di nuovi e potenziamento di servizi esistenti</p>	<p><b>Debolezze</b></p> <p><b>Carenza di personale e sovraccarico operativo:</b> La mancanza di dirigenti medici e personale tecnico/amministrativo crea un sovraccarico di lavoro.</p> <p><b>Tempi lunghi per sostituzioni e nuove assunzioni. Inadeguatezza logistica:</b> Alcune strutture sono insufficienti o condivise che limitano l'efficienza operativa.</p> <p><b>Liste di attesa lunghe.</b> La carenza di specialisti ambulatoriali e dirigenti medici accresce i tempi delle visite</p> <p><b>Formazione insufficiente:</b> Necessità di migliorare la formazione del personale in aree specifiche come audit e benessere animale</p>
<p><b>Opportunità</b></p> <p><b>Potenziamento delle reti regionali:</b> Collaborazioni con altre ASL e enti locali possono migliorare i servizi di screening e prevenzione.</p> <p><b>Nuove opportunità legislative e finanziamenti:</b> Riforme legislative e finanziamenti nazionali e regionali possono supportare l'implementazione di nuovi progetti.</p> <p><b>Maggiore coinvolgimento in programmi di monitoraggio:</b> Partecipazione attiva a programmi per l'eradicazione delle malattie e monitoraggio della salute pubblica.</p> <p><b>Buona collaborazione inter e intra istituzionale:</b> Esiste una forte cooperazione con comuni, autorità giudiziarie e altri enti, fondamentale per le attività di prevenzione e controllo.</p>	<p><b>Rischi</b></p> <p><b>Declino Demografico:</b> L'aumento della fascia di età over 50 comporta una riorganizzazione di alcuni servizi e il rischio di accorpamenti regionali per altri, con maggiore difficoltà di fruizione per i residenti.</p> <p><b>Rischi legati alla sicurezza informatica:</b> La dipendenza dai sistemi informatici espone a possibili malfunzionamenti e attacchi.</p> <p><b>Normative mutevoli:</b> Le normative mutevoli aumentano la complessità operativa.</p>

### Fattori positivi interni - Punti di forza

Professionalità e competenza del personale: il personale si distingue per la sua elevata preparazione e specializzazione, rappresentando un vantaggio fondamentale dell'azienda. Questa competenza contribuisce a garantire dei servizi di qualità.

Attività di prevenzione strutturate: la presenza di programmi di screening oncologici (mammografico, cervice e colon) dimostrano un impegno attivo nella prevenzione dei tumori che rappresentano in Ogliastro la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema circolatorio. I progetti di sorveglianza sanitaria come passi e Okkyo alla salute consentono di promuovere l'adozione di corretti stili di vita e nel lungo termine migliorare lo stato di salute, contribuendo alla creazione di valore pubblico.

Elevato sviluppo dell'attività di assistenza domiciliare(ADI). La ASL Ogliastro ha un sistema di assistenza domiciliare che ha raggiunto elevate percentuali di presa in carico dei pazienti over 65 al di sopra dei target previsti dal PNRR (percentuali pari a 16 nel 2024 e 19% nel 2025) .

Integrazione tecnologica e innovazione: la propensione dell'organizzazione ad abbracciare nuove tecnologie e a innovare i processi è fondamentale in un contesto in continua evoluzione. Questa adattabilità consente di rispondere in modo efficace alle sfide emergenti e di migliorare la qualità dei servizi offerti.

Sviluppo di nuovi servizi: La ASL Ogliastro ha attivato nuovi servizi e potenziato diversi servizi esistenti.

### Fattori negativi interni - Punti di debolezza

Carenza di personale e sovraccarico operativo: negli ultimi anni si è registrata una forte carenza di personale ed in particolare di personale medico a causa di diverse cessazioni, tra le quali quelle relative ad alcuni Direttori di Struttura. Tale carenza è coperta solo parzialmente da contratti di collaborazione esterna libero professionale in quanto persiste una difficoltà nel reclutamento di personale per la ASL Ogliastro.

Tempi lunghi per sostituzioni e nuove assunzioni. Tale criticità determina delle difficoltà nella programmazione e nella attuazione delle attività quotidiane con un sovraccarico operativo del personale presente. La pressione operativa può generare un ambiente di lavoro stressante, riducendo la capacità di risposta alle esigenze dell'utenza. La mancanza di flessibilità organizzativa può complicare ulteriormente la gestione delle operazioni quotidiane.

Inadeguatezza logistica: la situazione logistica presenta delle criticità, quali locali insufficienti, condivisione degli spazi. Questi fattori possono ostacolare le operazioni quotidiane e compromettere la qualità del servizio.

Liste di attesa lunghe. La carenza di specialisti ambulatoriali e dirigenti medici accresce i tempi delle visite

Formazione insufficiente: Necessità di migliorare la formazione del personale in aree specifiche come audit e benessere animale

#### **Fattori positivi esterni – Opportunità**

Potenziamento delle reti regionali: la partecipazione a reti regionali per screening e telerefertazione rappresenta un'opportunità preziosa per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle operazioni, consentendo una maggiore integrazione dei servizi. La Creazione di una equipe regionale polispecialistica sia residenziale (telerefertazione mammografie) che itinerante (colonscopie e colposcopie) per venire incontro alle carenze delle diverse ASL nuove opportunità legislative e finanziamenti: Riforme legislative e finanziamenti nazionali e regionali possono supportare l'implementazione di nuovi progetti.

Maggiore coinvolgimento in programmi di monitoraggio: partecipazione attiva a programmi per l'eradicazione delle malattie e monitoraggio della salute pubblica.

Buona collaborazione inter e intra istituzionale: le sinergie con enti locali, scuole e associazioni sportive possono ampliare l'impatto delle attività sanitarie. Queste collaborazioni possono facilitare l'accesso a risorse e supporto nelle iniziative di salute pubblica.

#### **Fattori negativi esterni- Minacce**

Declino Demografico: Le caratteristiche demografiche del territorio, caratterizzate da un continuo calo della popolazione, sollevano preoccupazioni riguardo alla futura autonomia della ASL Ogliastro. Si teme che, se non si adottano misure adeguate, la struttura possa essere accorpata ad altre, compromettendo ulteriormente l'assistenza ai cittadini.

Rischi legati alla sicurezza informatica: La dipendenza dai sistemi informatici espone a possibili malfunzionamenti e attacchi.

Normative mutevoli: L'incertezza derivante da normative frequentemente cambiate e talvolta incoerenti può creare difficoltà operative. Questo scenario richiede un costante aggiornamento e adattamento da parte dell'organizzazione.

### 2.1.B Obiettivi di 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).

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.

**Figura 15 Piramide VP**



La Piramide rappresenta la logica di generazione e misurazione progressiva del valore pubblico, partendo dalla base, salendo di livello in livello e trovando la sua misura sintetica nell'apice. Alla base della piramide del Valore Pubblico ci sono le risorse umane che vanno coinvolte e motivate e indirizzate alla creazione del valore pubblico interno; solo così si potrà creare Valore Pubblico esterno per utenti e "stakeholder" e migliorare gli impatti positivi sui cittadini.

L'analisi della evoluzione sociale ed economica della comunità dell'Ogliastra, evidenzia la necessità di introdurre un nuovo approccio sistemico nella ricerca di nuove azioni a tutela della salute collettiva. I moderni scenari in cui le aziende sanitarie si trovano ad operare impongono nuove strategie ispirate al concetto di salute inteso come *"stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia"*<sup>4</sup>.

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.

La formazione rappresenta sempre più una determinante della creazione di Valore Pubblico contribuendo a rafforzare le conoscenze, le competenze e le abilità dei dipendenti e nel contempo favorendo lo sviluppo del benessere organizzativo capace di generare motivazione, senso di appartenenza e un incremento della produttività. Questo è uno degli aspetti osservabili come impatto interno. Non meno importanti sono i benefici sul versante esterno della creazione di Valore Pubblico. Il rafforzamento delle competenze produce una maggiore fiducia dei cittadini e in genere di tutti i portatori di interessi nei confronti dell'Azienda.

Parallelamente alla formazione e valorizzazione delle risorse umane, un altro obiettivo fondamentale di valore pubblico per la Asl Ogliastra è la fidelizzazione dei dipendenti e in modo particolare del personale medico, vista la grave carenza e criticità nel reclutamento. Si ritiene pertanto essenziale continuare ad adottare delle misure volte a incrementare nel breve e lungo termine il grado di attrazione di personale.

Nella definizione degli obiettivi di valore pubblico si tiene conto anche delle criticità emerse dall'analisi degli indicatori del BES focalizzando l'attenzione sui dati della dimensione n. 1 del BES denominata "salute". L'azienda proseguirà negli interventi posti in essere per ridurre i rischi da dipendenze sia dall'uso di sostanze che di non sostanze, per migliorare gli stili di vita e la salute mentale dei cittadini.

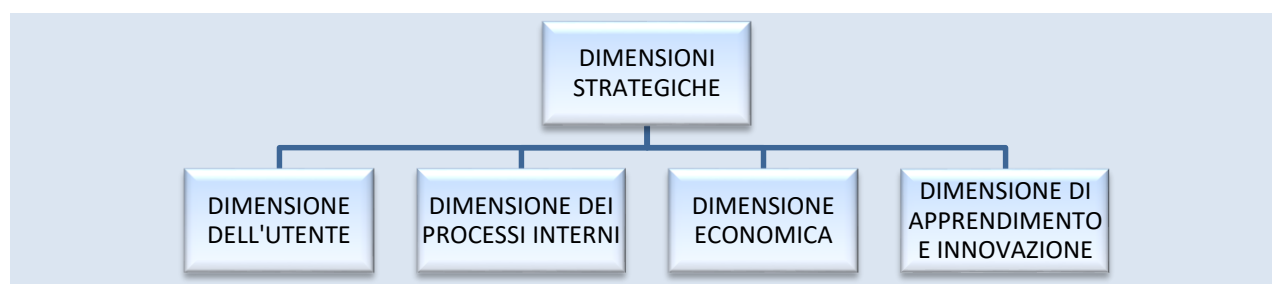
Gli obiettivi di valore pubblico sono stati individuati nel rispetto dei principi di seguendo i principi di funzionalità al Valore Pubblico, selettività, adeguatezza, integrazione, semplificazione, partecipazione e chiarezza dei ruoli e dei tempi.

Sono state individuate delle dimensioni strategiche trasversali ai tre livelli di assistenza al fine di definire gli obiettivi di valore pubblico.

---

<sup>4</sup> OMS 1998

Figura 16 Dimensioni di VP



Le dimensioni sono interconnesse tra loro e finalizzate al raggiungimento della missione aziendale.

Di seguito si esplicitano le quattro dimensioni strategiche individuate dall'azienda:

- **Dimensione dell'utente:** misura la capacità del sistema di garantire prestazioni uniformi riducendo i tempi di attesa e le disuguaglianze sociali e territoriali nell'accesso alle cure e la soddisfazione e la qualità percepita dall'utente/paziente;
- **Dimensione dei processi interni:** monitora i processi interni critici al fine di soddisfare le esigenze degli utenti, garantire la sicurezza delle cure e la qualità professionale dei percorsi assistenziali;
- **Dimensione economica:** monitora il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti puntando alla riduzione degli sprechi e all'ottimizzazione dei costi;
- **Dimensione dell'apprendimento e innovazione:** monitora lo sviluppo delle competenze professionali, la formazione del personale, la motivazione e la valorizzazione del capitale umano

Per ciascuna delle dimensioni strategiche sono state individuate delle aree strategiche, i relativi obiettivi di valore pubblico e gli obiettivi operativi esposti nelle successive sezioni.

Tabella 12 Indicatori di valore pubblico

VALORE PUBBLICO						
DIMENSIONE	PESO	OBIETTIVO	INDICATORE	BASLINE	TARGET	FONTE
Dimensione dell'utente	20	Potenziamento della capacità di erogare prime visite specialistiche e diagnostiche	Tempi di attesa per le prime visite specialistiche e diagnostiche	Tempi medi di attesa pubblica su Sardegna Salute	30 giorni 60 giorni	CUP
		Miglioramento immagine azienda nel territorio	soddisfazione utenti per livello di servizio	≥ 7	≥ 7	Software GURU
Dimensione dei processi interni		Riduzione della mortalità per le principali cause di morte mediante il potenziamento degli screening e di strumenti di telemedicina per le patologie cardiologiche e pneumologiche	Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio (n° decessi per causa di morte/popolazione*1000 00)	330	≤ 325	RENCAM (Registro cause di morte)
			Tasso di mortalità per tumore (n° decessi per causa di morte/popolazione*1000 00)	260	≤ 255	
			Tasso di mortalità per malattie dell'apparato	102	≤ 100	

VALORE PUBBLICO						
DIMENSIONE	PESO	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET	FONTE
50			respiratorio (n° decessi per causa di morte/popolazione*1000 00)			
		Prevenzione del rischio per malattie infettive e diffuse nell'uomo e negli animali	Proseguimento attuazione progetto sulle attività di formazione nelle scuole relativamente alle zoonosi	n. 4 eventi formativi	n. 4 eventi formativi	Servizio igiene allevamenti e origine animale
		Tutela patrimonio zootecnico	% allevamenti indenni per brucellosi, tubercolosi e peste suina	100%	100%	Sanità animale
		“Casa come luogo privilegiato dell'assistenza” - potenziamento della cure domiciliari	Percentuale di assistiti over 65 trattati in SIAD in rapporto alla popolazione anziana	16%	18%	Flusso SIAD
		Riduzione/Mantenimento tassi di ospedalizzazione	Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti	167	< = 160	File A
			Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti	113	≤ 120	
			Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti	55	≤ 40	
		Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	Livello di aderenza agli standard di qualità nel treemap del PNE – area osteomuscolare	basso	medio	PNE/file A
			Livello di aderenza agli standard di qualità nel treemap del PNE – area cardiocircolatorio	Molto basso	medio	
			Livello di aderenza agli standard di qualità nel treemap del PNE – area chirurgia generale	alto	alto	
		Migliorare le abitudini e gli stili di vita mediante identificazione aree critiche e adozione di azioni correttive	Individuazione aree critiche sui corretti stili di vita (sedentarietà – fumo - alcool)	nd	Individuazione aree critiche	Dipartimenti Prevenzione/Salute Mentale
			Elaborazione progetti per l'adozione di azioni correttive sulle aree critiche	2	4	
		Elaborazione di percorsi integrati e multidisciplinari per pazienti affetti da patologie croniche o complesse	Numero PTDA attivati/numero di PTDA programmati		100%	Direzione Generale
		Adozione di regolamenti aziendali sulle procedure tecnico-amministrative	Numero di regolamenti approvati/numero di regolamenti proposti		100%	Affari Generali

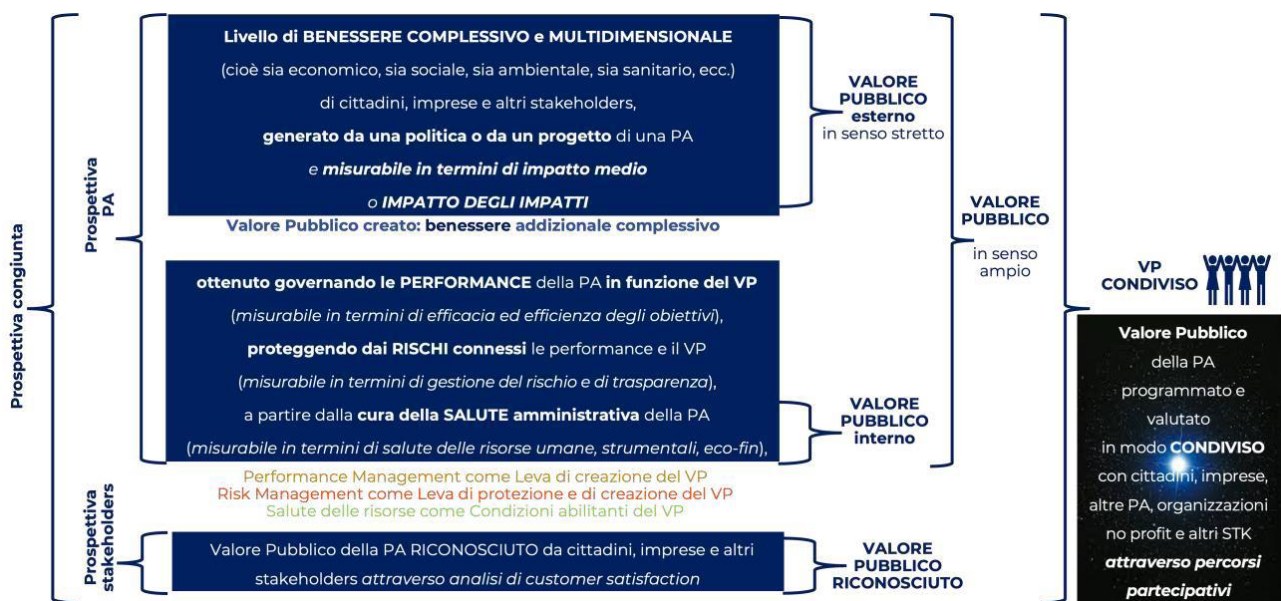


VALORE PUBBLICO						
DIMENSIONE	PESO	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET	FONTE
		Programmazione e attivazione servizi previsti da DM 77/2022	Numero di servizi attivati/numero di servizi programmati		100%	Direzione Generale
		Implementazione sistemi di telemedicina	Attivazione/potenziamento di progetti di telemedicina	2 progetti	3 progetti	ASL Ogliastro
		Informazione in materia di anticorruzione e trasparenza	Numero di Giornate della trasparenza	0	3	RPCT
Dimensione economica	20	Rispetto delle obbligazioni vs fornitori	Ritardo nel pagamento dei debiti commerciali	N. zero giornate di ritardo	N. zero giornate di ritardo	SISAR - AMC
		Promuovere ed assicurare le azioni funzionali all'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	Azioni poste in essere /Azioni da realizzare nel periodo	100%	100%	Servizio Tecnico
Dimensione di apprendimento e innovazione	10	Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Numero di ore di formazione previste dalla Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 14.01.2025	N.D.	40 ore	ASL Ogliastro
		Attrazione e fidelizzazione del personale dipendente	Incremento numeri di medici per 1000 abitanti	1,7*100	1000	ASL Ogliastro

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

Gli obiettivi di Valore Pubblico sono misurati in termini di impatto multidimensionale dell'attività sanitaria sui bisogni a cui l'azienda è chiamata a rispondere e sul benessere della collettività di riferimento.

**Figura 17 Misurare il VP**



Il valore pubblico in senso ampio creato dall'ASL Ogliastro verrà calcolato come media delle dimensioni di performance.

### **2.1.C Procedure da reingegnerizzare**

Il PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, elaborato per sostenere la crescita e la ripresa economica italiana dopo la pandemia, ha dato un nuovo impulso all'innovazione e alla trasformazione digitale rafforzando e implementando delle misure di semplificazione e digitalizzazione della pubblica amministrazione.

Tra le misure di semplificazione e digitalizzazione che la ASL Ogliastro sta implementando al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi, l'efficienza e la qualità dei servizi offerti si evidenziano i seguenti progetti:

- Implementazione utilizzo AppIO e PagoPA;
- Ricetta elettronica dematerializzata;
- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Telemedicina
- Semplificazione e digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici;
- Fascicolo elettronico del dipendente
- Gestione del protocollo informatico e dei flussi documentali

### **Implementazione utilizzo AppIO e PagoPA**

La Trasformazione Digitale rientra tra gli obiettivi della prima Missione del PNRR finalizzati a semplificare la pubblica amministrazione, andando ad assumere quel ruolo centrale intorno al quale conciliare le iniziative e i programmi declinati nel Piano triennale per l'Informatica nella PA e nella Strategia Cloud Italia. L'investimento 1.4 denominato "Servizi e cittadinanza digitale" prevede diverse misure di semplificazione anche per le aziende sanitarie. In particolare la misura 1.4.3 denominata "Adozione App IO – altri enti" promuove l'adozione dell'applicazione nella sanità italiana con l'obiettivo di migliorare le comunicazioni tra cittadini e aziende sanitarie e rendere più semplice l'accesso ai servizi. Grazie a questa misura, infatti, le strutture sanitarie possono attivare l'invio di notifiche digitali relative a una vasta gamma di servizi: prenotazione per le campagne di screening, per i richiami dei vaccini, per l'erogazione di prestazioni sanitarie. L'applicazione inoltre consente di rendere più efficaci anche le comunicazioni al personale sanitario, per esempio riguardo a notifiche su corsi di formazione, rilascio di badge o avvisi pubblici per la mobilità.

La ASL Ogliastro ha stipulato con ARES Sardegna una convenzione per servizi relativi all'utilizzo dell'app IO in linea con l'Investimento PNRR M1C1 Investimento 1.4 "Servizi e cittadinanza digitale" Misura 1.4.3 "Adozione App IO – altri enti" per la realizzazione delle attività necessarie alla migrazione e attivazione dei servizi degli enti sanitari regionali sulla piattaforma IO. In particolare ARES gestirà le attività di: coordinamento, governo, monitoraggio dell'iniziativa e supporto per le attività di rendicontazione dell'azienda; supporto nell'adozione e attivazione dei servizi; centrale di committenza; collaudo.

Un'altra misura volta a promuovere la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione è la misura 1.4.3 denominata "Adozione Piattaforma PagoPA Altri Enti (maggio 2024)". Tale misura prevede, entro il primo semestre 2026, l'implementazione e l'adozione di sistemi di pagamento elettronici mediante l'adozione della piattaforma PagoPA.

La Asl Ogliastra ha stipulato con ARES Sardegna una convenzione per la migrazione alla piattaforma PagoPA in linea con l'Investimento PNRR M1C1 Investimento 1.4 "Servizi e cittadinanza digitale" Misura 1.4.3 "Adozione Piattaforma PagoPA Altri Enti (maggio 2024)". In particolare ARES gestirà le attività di: coordinamento, governo, monitoraggio dell'iniziativa e supporto per le attività di rendicontazione dell'azienda; supporto nell'adozione e attivazione dei servizi; centrale di committenza; collaudo.

### **La ricetta elettronica dematerializzata**

Nella Regione Sardegna la ricetta dematerializzata è stata introdotta con la Delibera n. 13/4 del 31 marzo 2015, in cui la Giunta regionale ha incaricato l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale di portare a compimento il progetto della ricetta medica dematerializzata. La dematerializzazione della ricetta medica comporta innumerevoli vantaggi per il sistema sanitario in termini di efficienza, risparmio e diminuzione degli errori, senza generare disagi per il cittadino che, come di consueto, può andare in farmacia o nella struttura sanitaria con il promemoria insieme alla propria tessera sanitaria a ritirare il farmaco prescritto o ricevere la prestazione prescritta. Analogamente può utilizzarlo per prenotare al CUP di qualsiasi regione italiana essendo valido a livello nazionale.

### **Fascicolo Sanitario Elettronico**

In Sardegna il fascicolo sanitario elettronico è attivo dal 2015. Il fascicolo sanitario elettronico è strumento informatico che consente al cittadino di tracciare e consultare la propria storia sanitaria per poterla poi condividere con i professionisti che lo hanno in cura.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è un sistema digitale che raccoglie e conserva in formato elettronico tutte le informazioni sanitarie di un cittadino. Si tratta di uno strumento innovativo che permette a pazienti, medici e operatori sanitari di accedere in modo facile e sicuro ai dati relativi alla salute, migliorando la qualità delle cure e l'efficienza del sistema sanitario.

Il fascicolo raccoglie informazioni quali: referti medici (analisi, radiografie, ecc.), prescrizioni e farmaci, diagnosi e trattamenti ricevuti, lo storico delle visite mediche, le vaccinazioni.

Il FSE è accessibile sia ai cittadini che agli operatori sanitari tramite una piattaforma online, con login sicuro. I cittadini possono consultare e aggiornare le proprie informazioni sanitarie, mentre i medici possono utilizzarlo per avere una visione completa della storia clinica del paziente. La protezione dei dati è garantita da rigorosi standard di sicurezza, come la cifratura delle informazioni e il controllo degli accessi. Il paziente ha il controllo su chi può visualizzare i propri dati e può decidere di autorizzare o revocare l'accesso.

Il FSE garantisce e favorisce l'efficienza dell'organizzazione sanitarie con l'ottimizzazione delle cure perché consente ai medici di avere un quadro completo e aggiornato della salute del paziente, evitando errori medici e duplicazione di esami.

Il fascicolo raccoglie, per conto del paziente, i documenti (come prescrizioni, certificati medici, referti dei laboratori, schede di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso e referti della donazione sangue) provenienti dai medici e dalle strutture pubbliche di tutta la Sardegna e, nel caso di ricoveri fuori dall'Isola, anche il materiale prodotto nelle altre regioni italiane. Il Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente, è un insieme di documenti sanitari firmati digitalmente, creati ad ogni accesso dell'Assistito al Servizio Sanitario Regionale e Nazionale. Attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico, ciascun medico curante, se autorizzato dal paziente, potrà consultare on-line tutti i documenti sanitari, compresi quelli prodotti dai colleghi durante i percorsi di diagnosi e cura, e potrà in tal modo assistere il paziente avendo a disposizione tutte le informazioni utili. Non sarà più necessario che il paziente porti con sé tutta la documentazione sanitaria in formato cartaceo. Ciò significa, ad esempio, che il Medico di Medicina Generale avrà la possibilità di

consultare tutta la storia sanitaria di un nuovo paziente precedentemente assistito da un altro Medico o Pediatra, e che i medici specialisti e ospedalieri potranno condividere con il Medico di Medicina Generale tutte le informazioni indispensabili per assicurare al Paziente la continuità dell'assistenza con elevati standard di qualità e di integrazione.

Il Decreto Rilancio (D.L. 34/2020 del 19.05.2020) ha stabilito che il Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i cittadini venga alimentato sistematicamente con dati e documenti sanitari provenienti da tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Questo servizio è dunque sempre attivo e disponibile per tutti, senza la necessità di esprimere un consenso formale.

La Asl Ogliastra ha promosso, sin dalle prime fasi di attivazione, l'utilizzo da parte del cittadino del fascicolo sanitario mediante una serie di incontri informativi con i medici di medicina generale volti alla sensibilizzazione dei loro utenti all'uso del FSE. Attualmente la Asl Ogliastra sta implementando in collaborazione con i sistemi informativi di Ares Sardegna l'utilizzo della firma digitale oltre che sui referti di laboratorio, indicizzati nella fase iniziale, anche sui referti di specialistica ambulatoriale, sulle lettere di dimissione ospedaliera e sui verbali di pronto soccorso al fine di incrementare la tipologia di documenti sanitari indicizzati sul fascicolo sanitario elettronico.

### **Telemedicina**

Le linee guida sulla Telemedicina del Ministero della Salute, del 2014, indicano che si usa il termine Telemedicina per identificare tutti quei casi in cui vengono erogati dei servizi di assistenza sanitaria in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nello stesso luogo fisico, ma comunicano grazie alle tecnologie ICT'. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

La telemedicina è l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (coordinated care), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal D.M. 77/2022 la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute. La telemedicina è pertanto una modalità di erogazione a distanza di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

Essa rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

L'uso della telemedicina, attraverso l'assistenza e il monitoraggio dei pazienti a distanza, offre la risposta sanitaria adeguata alle esigenze di una popolazione (quale è quella ogliastrina) che registra un forte invecchiamento e un aumento delle malattie croniche.

La telemedicina è elemento imprescindibile della ristrutturazione e razionalizzazione del sistema sanitario, attraverso l'impiego di tecnologie avanzate e nuovi modelli organizzativi di assistenza domiciliare.

Con il termine telemedicina si indica tutto l'insieme di prestazioni sanitarie in cui, grazie all'utilizzo di tecnologie innovative, il professionista della salute e il paziente non si trovano nello stesso luogo.

La telemedicina consente di:

- assistere e fare visite di controllo ai pazienti;
- controllare a distanza i parametri vitali di pazienti;
- far dialogare sanitari per consulti su particolari casi clinici;
- inviare e ricevere documenti, diagnosi e referti.

I servizi minimi di telemedicina previsti nel PNRR, al fine di assicurare un'attivazione uniforme degli stessi su tutto il territorio nazionale, sono:

- televisita
- teleconsulto e teleconsulenza medico-sanitaria
- teleassistenza
- telemonitoraggio

La ASL Ogliastra ha già partecipato (nel 2019) ad uno studio in collaborazione con l'Università Campus Biomedico di Roma nel quale è stato sviluppato un algoritmo che è in grado di rilevare l'insorgere di riacutizzazioni o di situazioni clinicamente critiche ancor prima che i sintomi si manifestino mettendo in condizioni il paziente di rivolgersi al medico curante.

A questa fase sperimentale ha, di recente, fatto seguito l'attivazione di un sistema di tele-monitoraggio dei pazienti con BPCO ai quali viene assicurato un costante controllo dei parametri vitali.

Il progetto (finanziato con fondi aziendali) prevede il graduale arruolamento di 40 pazienti con BPCO senza tener conto del grado di ostruzione bronchiale e dello stadio GOLD, che abbiano storia di riacutizzazioni frequenti. Secondo le linee guida GOLD 2018, si considerano frequenti due o più riacutizzazioni all'anno o almeno una che abbia portato al ricovero ospedaliero. Per riacutizzazione si intende qualunque variazione dello stato di salute respiratoria che necessiti di una modifica della terapia farmacologica, indipendentemente dalla necessità di accessi in PS o ricoveri, che invece caratterizzano la porzione di riacutizzazioni costituente il primo out-come di efficacia.

Il paziente reso edotto che il sistema non è in alcun modo sostitutivo dell'assistenza usuale e che in caso di qualsiasi variazione dei sintomi è necessario seguire le procedure consuete contattando il Case Manager, in prima istanza, o il Medico di base o lo specialista a seconda delle necessità.

Nel mese di settembre 2025 è stato avviato nella ASL Ogliastra il progetto di telemedicina regionale con le televisite per i pazienti diabetici che rientra tra i progetti di digitalizzazione della sanità in Sardegna gestiti da Ares Sardegna. Il progetto utilizza la piattaforma "Pohema" che con un'infrastruttura tecnologica sicura, standardizzata e integrata abilita nuovi modelli di cura di supporto ai medici ed ai pazienti come le televisite, il teleconsulto, e il telemonitoraggio. La piattaforma è integrata con il fascicolo sanitario elettronico e ne alimenta il patrimonio informativo. Le attività svolte tramite la piattaforma, vengono poi registrate in un database unico nazionale che raccoglie i dati delle Asl di tutte le regioni e che alimentano il Fascicolo sanitario elettronico.

**Semplificazione e digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici**

Dal 1° gennaio 2024 acquista piena efficacia la disciplina del nuovo Codice dei contratti pubblici, approvato con decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36, che prevede la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici.

La digitalizzazione del ciclo di vita di un contratto pubblico comporta che le fasi di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione vengano gestite mediante piattaforme di approvvigionamento digitale certificate. Di conseguenza, una stazione appaltante o un ente concedente che intende affidare un contratto di appalto o concessione, di qualunque importo, deve ricorrere ad una piattaforma di approvvigionamento digitale certificata per provvedere a tale affidamento.

Il Codice Appalti prevede l'obbligo di qualificazione per le stazioni appaltanti. Al riguardo la Asl Ogliastro ha ottenuto diversi livelli di qualificazione per le diverse fasi (progettazione, affidamento ed esecuzione) come rappresentato di seguito e si sta attivando per acquisire ulteriori livelli di qualificazione.

#### Qualificazione Stazione appaltante ASL Ogliastro – ambito “progettazione e affidamento” - Lavori

Codice fiscale	Denominazione	Provincia	Livello di Qualificazione	Data Qualificazione	Centrale di committenza	! Qualificazio con riserva
01620420917	AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 4 DELL'OGLIASTRA	IT-NU	L2	16/09/2025	No	No

#### Qualificazione Stazione appaltante ASL Ogliastro – ambito “esecuzione” – Lavori

Codice fiscale	Denominazione	Provincia	Livello di Qualificazione	Data Qualificazione	! PPP
01620420917	AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 4 DELL'OGLIASTRA	IT-NU	L1	16/09/2025	No

#### Qualificazione Stazione appaltante ASL Ogliastro – ambito “progettazione e affidamento” – servizi e forniture (nessuna qualificazione)

#### Qualificazione Stazione appaltante ASL Ogliastro – ambito “esecuzione” – servizi e forniture

Codice fiscale	Denominazione	Provincia	Livello di Qualificazione	Data Qualificazione	! PPP
01620420917	AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 4 DELL'OGLIASTRA	IT-NU	SF1	07/02/2025	No

#### Fascicolo elettronico del dipendente

L'art 53 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, innovato dal DL 17/2022, prevede, per il completo raggiungimento dei traguardi e degli obiettivi relativi alla missione M1C1: "Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA", del PNRR, il completamento del fascicolo elettronico del dipendente avviando presso il Dipartimento della

funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri, il censimento anagrafico permanente dei dipendenti pubblici, avvalendosi della base di dati del personale della pubblica amministrazione del Ministero dell'economia e delle finanze.

Con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, sono disciplinate le modalità di funzionamento e di comunicazione dei dati da parte delle amministrazioni pubbliche.

#### **Gestione del protocollo informatico e dei flussi documentali**

La ASL Ogliastro sta predisponendo, tra le misure di semplificazione e digitalizzazione, un manuale di gestione del protocollo informatico e un manuale di gestione documentale che regolamenti le operazioni di formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione e archiviazione dei documenti.

## 2.3 Performance

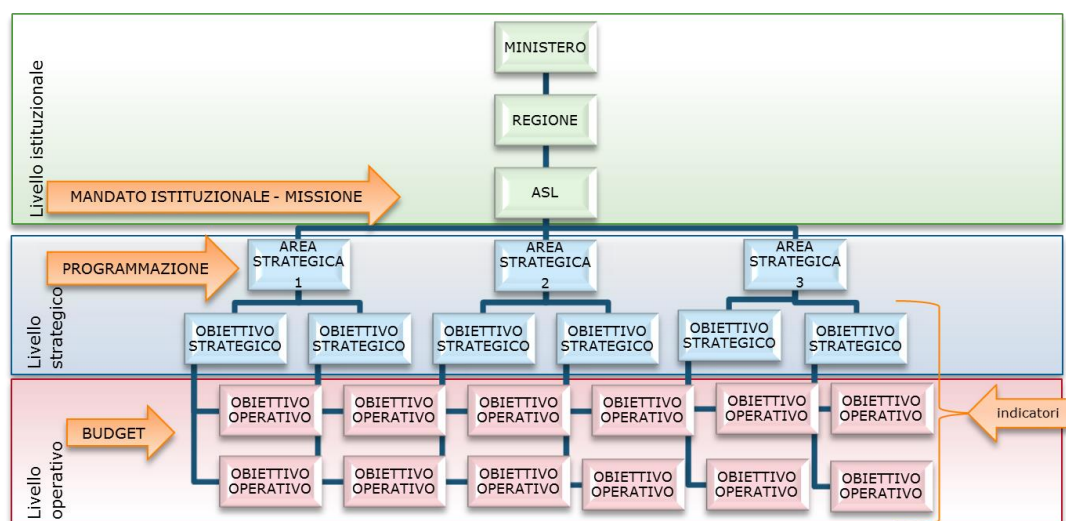
La performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita. 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.

L'attività di identificazione delle dimensioni strategiche è una fase fondamentale e complessa in quanto individua e riassume le priorità che l'azienda intende perseguire nel triennio con l'obiettivo di creare valore pubblico. Al fine di razionalizzare il processo di analisi, a ciascuna questione strategica chiave l'azienda ha individuato una o più aree strategiche all'interno delle quali sono declinati gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi di supporto e sostegno al raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico.

L'individuazione degli obiettivi strategici è stata effettuata sulla base del Piano Sanitario Nazionale e Regionale, dalle indicazioni operative del Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di PIAO, del Piano Regionale della Prevenzione 2020/2025, delle Direttive di programmazione e rendicontazione per le Aziende Sanitarie approvate dalla Giunta Regionale, del Piano Regionale di Sviluppo (PRS) 2024 – 2029, approvato con DGR 4/13 del 22 gennaio 2025, ed infine del Piano Sanitario triennale 2026/2028 adottato dalla ASL Ogliastro e dell'Atto Aziendale della ASL Ogliastro.

Figura 18 relazione obiettivi e livelli



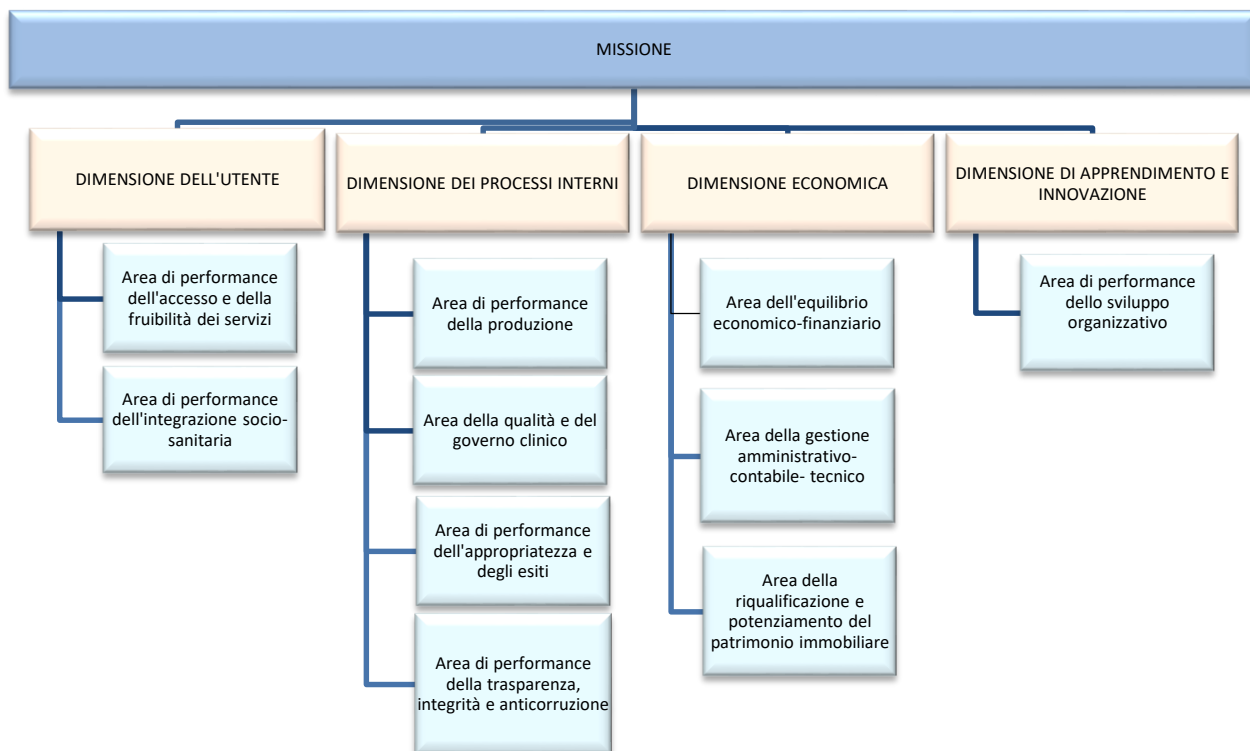
Il mandato istituzionale e la missione sono articolati in aree strategiche. Le aree strategiche sono, a loro volta, articolate secondo il criterio dell'outcome per cui solitamente sono trasversali a più unità organizzative.

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 operativi e gli obiettivi di performance che la ASL Ogliastro intende conseguire nell'anno al fine di soddisfare i bisogni di salute della popolazione con riferimento ed alle aree strategiche precedentemente indicate.

Figura 19 Rappresentazione missione e dimensioni di VP



### 2.3.1 Dimensione dell'utente

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. Con la presente dimensione si misura la capacità del sistema di garantire prestazioni uniformi riducendo i tempi di attesa e le disuguaglianze sociali e territoriali nell'accesso alle cure e la soddisfazione e la qualità percepita dall'utente.

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. A questo fine è stato aggiornato il Piano attuativo Aziendale Gestione Liste d'Attesa.

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.

L'Azienda proseguirà 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'utente:

**Tabella 13 Indicatori Dimensione dell'utente**

DIMENSIONE DELL'UTENTE				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	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	nd	85%
		Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	nd	95%
	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio $\geq 7$	Indice di gradimento medio $\geq 7$
	Implementare l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Numero di documenti indicizzati sul FSE / numero di prestazioni erogate	95% (periodo osservazione 21/11/2025-04/12/2025)	100%
		Numero di documenti firmati digitalmente/ numero di prestazioni erogate	51% periodo osservazione 21/11/2025-04/12/2025)	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%	$\geq 15\%$

### 2.3.2 Dimensione dei processi

La dimensione dei processi monitora i processi interni critici al fine di soddisfare le esigenze degli utenti, garantire la sicurezza delle cure e la qualità professionale dei percorsi assistenziali. Misura la capacità di produrre i risultati di salute desiderati e l'uso corretto delle risorse rispetto alle necessità sanitarie mediante il monitoraggio di una serie di indicatori (tra i quali quelli definiti con il piano nazionale esiti, il nuovo sistema di garanzia e ulteriori indicatori).

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. 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. L'attuale quadro epidemiologico emergente, caratterizzato da un aumento della popolazione anziana e dalla presenza di patologie croniche e degenerative, 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.

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'Ogliastro 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.

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

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

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

Il potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio consente inoltre di ridurre un eccessivo e improprio ricorso al Pronto soccorso ed una riduzione dei ricoveri inappropriati. Un obiettivo prioritario è quello di migliorare l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera mediante un miglioramento degli indicatori del Piano Nazionale Esiti e degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia.

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).

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.

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
- 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:

**Tabella 14 Indicatori dimensione dei processi**

DIMENSIONE DEI PROCESSI				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
Area di performance della produzione	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	91%	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target
	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM)	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	100%	100%
	Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	100%	≥ 90%

DIMENSIONE DEI PROCESSI				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
	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	100%	≥ 80%
	Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive. Consolidare la sorveglianza TBC bovina, della Brucellosi OV-CP e la conduzione del Piano straordinario di eradicazione della peste suina Africana	Numero aziende suine controllate/Numero aziende suine controllabili da Piano Prevenzione*100	100%	≥ 80%
	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale	Numero di verifiche di efficacia eseguite sull'attività di controllo ufficiale / numero totale di verifiche programmate sull'attività di controllo ufficiale	100%	100%
	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	100%	≥ 70%
	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%	100%
		numero di interventi ispettivi in aziende agricole/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale /regionale	100%	100%
		numero di interventi ispettivi in aziende di altri comparti/numero interventi ispettivi programmati secondo piano locale/regionale	100%	100%
		numero controlli effettuati/numero controlli programmati	100%	100%

DIMENSIONE DEI PROCESSI				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
	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%	100%
	Attivare Piano Mirato di Prevenzione (PMP) con l'attuazione dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020/2025 in ogni sede SPRESAL)	Numero di PMP attivati/numero PMP da attivare	100%	100%
	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
	Potenziamento della Centrale Operativa Territoriale (COT), modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra i vari servizi o professionisti coinvolti	n. di pazienti presi in carico	243	300
	Potenziamento dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), 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	Avvio 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
	Garantire l'autosufficienza per la produzione di sacche di sangue	Produzione autonoma emocomponenti / Richiesta di emocomponenti x 100	100%	100%
	Promozione dell' incremento della quantità e qualità delle prestazioni ambulatoriali anche con particolare riferimento all'ambulatorio di ematologia	Produzione di plasma ad uso clinico - autosufficienza della produzione	0	autosufficienza

DIMENSIONE DEI PROCESSI				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
	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	33%	≥ 25%
Area della qualità e del governo clinico	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza tramite osservanza delle funzioni igienico sanitarie	% corrette modalità/totale osservazioni effettuate dagli osservatori autorizzati		100%
	Monitoraggio infezioni respiratorie	riduzioni in percentuale infezioni correlate a polmoniti nosocomiali	8,9*1000	10*1000
	Garantire l'implementare del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	Monitoraggio trimestrale segnalazioni degli eventi avversi accaduti in reparto e invio alla Direzione Generale /S. Programmazione e Controllo		invio monitoraggio trimestrale
		N. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES e invio alla Direzione Generale /S. Programmazione e Controllo		N°1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato
Area di performance dell'appropriatezza e degli esiti	Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia	Punteggio raggiunto per ciascuna area	nd	> 60
	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	screening cervicale: (n. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	43,40%	screening cervicale: tasso di adesione reale >= 38%
		screening coloretale: (n. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	44%	screening coloretale: tasso di adesione reale >= 38%
		screening mammografico: (n. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	39%	screening mammografico >= 45%
	Mantenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da tubercolosi	Mantenimento della qualifica al 31.12	Qualifica raggiunta al 31.12	mantenimento della qualifica al 31.12
	Miglioramento delle cure domiciliari per anziani > 65 anni	% anziani in ADI	16%	≥ 20%
	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	88%	> 75%

DIMENSIONE DEI PROCESSI				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
		% intervento per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2gg/N° interventi per frattura del femore*100	32%	≥ 70%
	Riduzione accessi al Pronto Soccorso con codice bianco e verde	Numero di accessi al PS con codice "urgenza minore" e "non urgenza"	6205	6000
	Garantire l'efficacia assistenziale per le patologie croniche	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	37	≤ 40 ogni 100.000 abitanti 20-74 anni
		Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100000 residenti 50-74 anni	172 ogni 100.000 abitanti 50-74 anni	≤ 150 ogni 100.000 abitanti 50-74 anni
		Tasso di ricoveri per BPCO 50-74 anni/popolazione 50-74 anni	59 ogni 100.000 abitanti 50-74 anni	≤ 50 ogni 100.000 abitanti 50-74 anni
	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi	100%	100%
		N . errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	≤ 5%	≤ 5%
Area di performance 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.	100%	100%
		N° di relazioni stato di attuazione in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione trasmesse /n° relazioni richieste dall'RPCT	80%	100%



### 2.3.3 Dimensione economica

L'azienda è orientata ad impostare la propria attività secondo i criteri di 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.

La dimensione economica monitora il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti puntando alla riduzione degli sprechi e all'ottimizzazione dei costi.

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

**Tabella 15 Indicatori Dimensione economica**

DIMENSIONE ECONOMICA				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
Area della gestione amministrativo-contabile-tecnico	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione il 14/11/2025	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2026
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	N. 0 giornate di ritardo
	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. 4 report	N° 4 report di controllo della spesa farmaceutica convenzionata e convocazione degli specialisti con Z-score>1,5
Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	100%	100%

### 2.3.4 Dimensione dell'apprendimento e innovazione

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.

Con la dimensione dell'apprendimento e innovazione si monitora lo sviluppo delle competenze professionali, la formazione del personale, la motivazione e la valorizzazione del capitale umano. Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori di questa dimensione.

**Tabella 16 Indicatori Dimensione dell'apprendimento e innovazione**

DIMENSIONE DELL'APPRENDIMENTO E INNOVAZIONE				
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE	TARGET
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Migliorare il benessere organizzativo aziendale	tasso di assenze	21%	< 21%
	Formazione da PFT 2025	Numero di edizioni per corsi obbligatori effettuati/ n. edizioni per corsi obbligatori programmati	21,38%	80%
	Formazione in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro	Numero di edizioni per corsi obbligatori effettuati/ n. edizioni per corsi obbligatori programmati	30%	80%
	Estensione delle abilitazioni applicativo Syllabus	N. dipendenti abilitati/n. totale dipendenti	9%	10%
	Utilizzo/accesso applicativo Syllabus	N. dipendenti che utilizzano l'applicativo/n. dipendenti abilitati	48%	60%

## 2.4 Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sottosezione, ai sensi del D.M. n. 132/2022 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione”, è stata predisposta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, definiti dall’organo di indirizzo, come previsto dalla Legge n.190 del 2012, ad integrazione di quelli programmati in funzione della creazione di valore pubblico e con riferimento a quelli indicati nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) adottati da ANAC:

<https://www.anticorruzione.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-prevenzione-della-corruzione/piano-triennale-di-prevenzione-della-corruzione>

Si ricorda che il Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO ha durata triennale, con aggiornamento annuale e che si è proceduto ad indire istruttoria pubblica per l’acquisizione, anche dall’esterno, di proposte di adeguamento, modifica ed integrazione della Sotto-Sezione del PIAO relativa alla Prevenzione della Corruzione ed alla Trasparenza, garantendo anche per l’anno 2026 agli stakeholder, con un processo di trasparenza e di massimo coinvolgimento, il diritto di partecipazione attiva e di intervento per la trasmissione di osservazioni, di suggerimenti e di richieste di modifica.

### **Rappresentano 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. Allo stato attuale, tuttavia, l’Ufficio RPCT risulta sottodimensionato e carente di personale dedicato**

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).

Osservano le misure contenute nella sezione prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO (art.1,comma14, della L.n. 190 del 2012). L'ASL n. 4 Ogliastra, si impegna per il tramite del RPCT a finire di individuare i referenti per ogni struttura aziendale.

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.

Il Data Protection Officer – DPO – Il DPO è il responsabile della corretta gestione del trattamento dei dati personali in ottemperanza alle disposizioni del Regolamento UE (GDPR) n. 2016/679 e dei D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 di adeguamento del Codice in materia dei dati personali e alla luce del recente D.Lgs. n. 24 del 10/03/2023. L'Azienda ASL Ogliastra, con deliberazione del Direttore Generale n. 418 del 22/08/2024, ha designato come Data Protection Officer (DPO - Responsabile della Protezione Dati) in qualità di persona giuridica, la Società Karanoa S.r.l. con sede in Via Principessa Jolanda, 48, Sassari.

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., e con Deliberazione del Direttore Generale n. 647 del 31 dicembre 2024 è stato adottato il Regolamento per i procedimenti disciplinari dell'Ufficio procedimenti disciplinari.

Il Responsabile della formazione - I Piani Nazionali Anticorruzione attribuiscono da sempre importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio.

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 Ogliastro, ai sensi dell'art. 33 ter del decreto legge n. 179/2012 convertito in L. n. 221/2012, con Deliberazione del Direttore Generale ASL Ogliastro n. 418 del 27/10/2023.

#### **2.4.1 Valutazione del rischio**

Si premette che dalla istituzione della ASL n. 4 Ogliastro ad oggi, non si sono verificati eventi corruttivi ma sono intervenuti importanti cambiamenti collegati all'attuazione dell'Atto aziendale con la istituzione e realizzazione di dipartimenti e di strutture semplici/complesse.

La valutazione del rischio come da Linee Guida 2025 sarà articolata in cinque fasi:

1. Identificazione del rischio;
2. Analisi del rischio;
3. Misurazione del rischio;
4. Trattamento del rischio;
5. Monitoraggio

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

#### **2.4.2 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 delle 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 al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne delle ulteriori fino a completa attivazione del proprio Atto Aziendale approvato definitivamente con la delibera del Direttore Generale n. 27 del 06/02/2023, sono:

- rotazione del personale;
- ottemperanza del codice di comportamento;
- gestione del conflitto di interessi;

- osservanza delle disposizioni in materia di formazione delle commissioni / assegnazioni agli uffici, incompatibilità/inconferibilità incarichi, attività ed incarichi extraistituzionali, pantouflage;
- patto d'integrità negli affidamenti;
- formazione dei dipendenti, specialmente del personale che opera in attività più esposte al rischio di corruzione;
- gestione e monitoraggio del sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito;
- programma di trasparenza.

### **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 e comunque va precisato che sui criteri generali di rotazione deve esser data informazione alle organizzazioni sindacali in modo di consentire loro di presentare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti apertura di fasi di negoziazione in materia (Delib. ANAC n. 13/2015).**

#### 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. 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'interscambiabilità.**

#### 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 nelle attività ed 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, motivando adeguatamente 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.

#### **Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL Ogliastro 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 e con la Delibera ANAC n. 493 del 25 settembre 2024 con le "linee guida n. 1 in tema di c.d. Divieto di Pantouflage, art. 53, comma 16-ter, D. Lgs. 165/2001, 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 Ogliastro, 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 – Rispetto della persona e divieto di discriminazione
- Rapporti con il pubblico
- Divieto di discriminazione e promozione delle pari opportunità e di trattamento tra donne e uomini in tutte le attività aziendali
- Corretto utilizzo delle risorse e comportamenti eco- responsabili - Rispetto dell'ambiente
- 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.

### **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.

A tal fine è necessario tenere comportamenti che diano massima prova di trasparenza, imparzialità, e non lascino 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.

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

Si precisa che, in relazione al conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici, l'ANAC con Deliberazione numero 291 del 20 giugno 2023 ha fornito indicazioni circa l'adozione di misure di prevenzione di situazioni di conflitto di interessi nell'ambito dei contratti pubblici.

In particolare l'art.16 del D.Lgs. n 36 del 31 marzo 2023 (nuovo Codice dei contratti pubblici) prevede che "il personale che ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione (Comma 1) .....ne dà comunicazione alla stazione appaltante o all'ente concedente e si astiene dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione" (Comma 3).

I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione, devono rendere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000. La dichiarazione, resa per quanto a conoscenza del soggetto interessato, ha ad oggetto ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza. La dichiarazione è rilasciata al responsabile del procedimento. Il RUP rilascia la dichiarazione sui conflitti di interesse al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico.

Al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato. L'amministrazione provvede al protocollo, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura.

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

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

La sussistenza di un conflitto di interesse relativamente ad una procedura di gestione di un contratto pubblico comporta il dovere di astensione dalla partecipazione alla procedura. La partecipazione alla procedura da parte del soggetto che versi in una situazione di conflitto di interessi comporta l'insorgere delle responsabilità, penali, amministrative e disciplinari, individuate all'art. 42, comma 3, del Codice dei contratti pubblici.

Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o comunque accertata realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato. La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del DPR n. 62/2013. In particolare, occorre valutare se la causa di astensione sia grave e metta in pericolo l'adempimento dei doveri di integrità, indipendenza e imparzialità del dipendente, considerando, altresì, il pregiudizio che potrebbe derivare al decoro e al prestigio dell'amministrazione di appartenenza. La stazione appaltante deve valutare tutte le circostanze del caso concreto, tenendo conto della propria organizzazione, della specifica procedura espletata nel caso di specie, dei compiti e delle funzioni svolte dal dipendente e degli interessi personali dello stesso. Nel caso in cui il soggetto responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o nel caso di dirigente, il titolare del potere sostitutivo, accerti la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, lo stesso affida il procedimento ad un diverso funzionario dell'amministrazione oppure, in carenza di idonee figure professionali, lo avoca a sé stesso.

Tenuto conto della natura e dell'entità del conflitto di interesse, del ruolo svolto dal dipendente nell'ambito della specifica procedura e degli adempimenti posti a suo carico, si possono adottare ulteriori misure che possono consistere:

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

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

Per quanto riguarda l'esclusione dalla gara del concorrente si fa riferimento a quanto previsto dalle Linee guida dell'ANAC n. 15/2019. Tra le misure atte a prevenire il rischio di interferenza, particolare attenzione deve essere dedicata al rispetto degli obblighi di dichiarazione, di comunicazione e di astensione che dovranno essere rese in ogni procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni.

#### **Nuovo art. 35 bis D.Lgs 165/2001 - disposizioni in materia di formazione delle commissioni / assegnazioni agli uffici**

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.

*"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".

Ai sensi dell'art. 1 del d.lgs. n. 39/2013, comma 1, lett. g), l'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico. Si ricorda che l'obbligo suddetto, previsto dall'art.20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

Ai sensi dell'art. 1 del d.lgs. n. 39/2013, comma 1, lett. h), l'incompatibilità, comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

L'Azienda applica le seguenti misure di prevenzione:

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

Le dichiarazioni di cui sopra, 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, previa trasmissione al RPCT per la verifica.

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

In attesa di adottare un proprio Regolamento l'ASL Ogliastro, 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).

Il Regolamento 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.

L'ASL Ogliastro con Deliberazione del direttore generale n. 569 del 29/12/2023 ha proceduto all'adozione del Regolamento per l'autorizzazione preventiva/obbligatoria allo svolgimento di attività professionale esterna per il personale del comparto - ruolo sanitario - Area professionisti della salute e funzionari (ex categoria D).

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

Il Piano nazionale anticorruzione approvato da ANAC il 6 dicembre 2022 ed in ultimo le Linee Guida ANAC n. 1 approvate con Delibera n. 493 del 25 settembre 2024, hanno dato particolare evidenza al "Divieto di pantouflage", già previsto all'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs.n.165/2001.

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

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

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

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

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

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

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

Ai sensi dell'art.1 comma 17 della Legge 190/2012, le Amministrazioni possono utilizzare, tra le misure di prevenzione della corruzione i Patti d'integrità e i Protocolli di legalità.

Si tratta di strumenti tesi a rafforzare la normativa antimafia mediante forme di controllo non obbligatorie ma volontariamente pattuite tra i soggetti coinvolti, ossia la Stazione appaltante e gli operatori economici che partecipano alla gara. Lo scopo di tali patti è quello di prevenire il fenomeno corruttivo e valorizzare comportamenti eticamente adeguati. Al fine di rendere operativa la procedura le Stazioni appaltanti inseriscono negli avvisi, nelle lettere d'invito e nei bandi di gara, una cosiddetta "clausola di salvaguardia". La mancata accettazione ed il mancato rispetto del protocollo di legalità danno luogo all'esclusione dalla gara ovvero alla risoluzione del contratto.

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.

### **Formazione dei dipendenti**

Al fine di contribuire allo sviluppo della cultura di genere della P.A., le amministrazioni pubbliche devono curare la formazione e l'aggiornamento del personale, ivi compreso quello con qualifiche dirigenziali. La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno dell'Azienda, rappresentano un importante strumento che può favorire lo sviluppo di una cultura della legalità.

Per l'anno 2025 la ASL Ogliastra ha pianificato l'attività formativa 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).

Nel mese di marzo 2025 un ristretto numero di dipendenti ha partecipato al corso di formazione "Prevenzione della corruzione – Misure di prevenzione e metodologie di analisi" tenutosi in sede il 26 e 27 marzo 2025;

Nel mese di dicembre 2025 il RPCT ha partecipato al primo convegno sulla legalità e trasparenza 2025 denominato "Compliance integrata in Sanità" organizzato da ARNAS G.Brotzu in collaborazione con la Fondazione Vittorio Occorsio

È intendimento della ASL Ogliastra, per l'anno 2026, portare avanti la "Formazione e aggiornamento periodico e continuativo in tema di etica, trasparenza, integrità e valore pubblico."

Anche per l'anno 2026 l'ASL Ogliastra aderisce alla piattaforma e-learning "SILLABUS": nuove competenze per le pubbliche amministrazioni" ove è possibile registrare i dipendenti da formare sulle competenze digitali e non solo.

### **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 ed a tutte le organizzazioni private con almeno 50 dipendenti

L'ASL Ogliastro 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 Ogliastro per raggiungere la suddetta piattaforma e formulare le segnalazioni è il seguente: <https://aslogliastro.whistleblowing.it/#/>

L'ASL n. 4 Ogliastro inoltre, con deliberazione del Direttore Generale n. 580 del 26 novembre 2024 ha approvato ed adottato il regolamento sulla gestione delle segnalazioni/whistleblowing. Il Regolamento ha l'obiettivo di fornire al segnalante (whistleblower) chiare indicazioni circa l'oggetto, il contenuto, i destinatari e le modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché le forme di tutela offerte dal nostro ordinamento ed è consultabile sulla HOME PAGE della ASL Ogliastro al link:

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

### **2.4.3 Il Programma di Trasparenza**

La trasparenza è il mezzo attraverso cui prevenire ed eventualmente scoprire situazioni che possono nascondere illeciti e/o conflitti di interesse. 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. L'ASL n. 4 Ogliastro, tenuto conto dell'atto aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 27 del 06/02/2023, del funzionigramma approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 538 del 31/10/2024, delle disposizioni normative vigenti ed in particolare, della Legge 6 novembre 2012 n. 190, del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e del D.lgs. 25/05/2016 n. 97, ha predisposto nel PIAO 2025-2027, nella sezione anticorruzione, l'Allegato 3 "Obblighi di pubblicazione" e l'Allegato 3 bis "Obblighi amministrazione trasparente" Delibera ANAC 264 del 20/06/2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023 "ATTI E DOCUMENTI DA PUBBLICARE IN "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI"" nella quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati sul sito istituzionale aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con l'avvio della piena digitalizzazione dei contratti pubblici, che ha acquisito piena efficacia dal 1° gennaio 2024, ci sono state 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).

La ASL Ogliastro ha provveduto ad 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.

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 delle performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

La trasparenza è altresì strettamente collegata alle performance, la verifica periodica della pubblicazione dei dati e documenti, effettuata in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholder. Il programma della trasparenza deve pertanto porsi in relazione al ciclo di gestione delle performance e deve consentire la piena conoscibilità dello suo stato di attuazione. Ogni struttura aziendale, complessa o semplice deve curare la tempestiva trasmissione delle informazioni ed è responsabilità dei direttori/responsabili affinché le informazioni sul sito siano sempre costantemente aggiornate.

Si evidenzia che dalla nascita dell'ASL Ogliastro il sito web istituzionale, albo pretorio e sezione amministrazione trasparente, è in continua evoluzione come risulta dalle relazioni annuali del RPCT e dal monitoraggio, a cura dell'OIV, sugli adempimenti degli obblighi di pubblicazione.

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 dei limiti di tutela giuridicamente rilevanti.

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".

### **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.



## Collegamento con la sezione della performance

L'efficacia del PIAO – Sez. Rischi corruttivi e trasparenza è legata al contributo di tutta la organizzazione ( Direttore Generale e responsabili delle principali aree funzionali quali performance, anticorruzione, bilancio, personale, acquisti, URP ecc. Sarà importante provvedere ad inserire, in fase di programmazione del Ciclo della Performance, sia organizzativa che individuale, obiettivi ed indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione. Lo stesso sistema incentivante aziendale dovrà essere legato al raggiungimento degli obiettivi di budget per la riduzione dei rischi corruttivi.

Nel proseguo sono esposti gli obiettivi e gli indicatori di rischio corruttivo e trasparenza derivati dall'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con particolare riferimento ai rischi alto e medio alto.

**Tabella 17 Obiettivi e indicatori di rischio corruttivo e trasparenza**

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILI ATTUAZIONE	TARGET	FONTE
<b>Area di performance della qualità del dato e della trasparenza integrità e anti corruzione</b>	Analizzare e monitorare il rischio corruttivo	verifica periodica dei rischi	RPCTt e Direttori Di Struttura	monitoraggio periodico	RPCT
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità: uniformare ed omogeneizzare le procedure di pianificazione e di assegnazione delle attività ad personam	Verifiche annuali sulla programmazione del dipartimento. verifiche trimestrale a campione sulla assegnazione delle attività	Direttori Delle Sc Afferenti Al Dipartimento Di Prevenzione	nr 1 verifica a quadrimestre	RPCT
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità: uniformare le procedure inerenti lo svolgimento delle attività e l'applicazione delle sanzioni	Report di verifica a campione sui controlli effettuati. adozione di procedure e modulistica standardizzate	Direttori Delle Sc Afferenti Al Dipartimento Di Prevenzione	nr 1 verifica a quadrimestre adozione procedure e modulistica standardizzate	RPCT
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità: evitare il rischio di scelta di professionisti con profilature non idonee alle esigenze conferimento incarichi senza verifica incompatibilità ed inconferibilità.	Applicazione misure di prevenzione generali e le misure di prevenzione specifiche	Direttore Generale, Direttore Sc Affari Generali, Direttore Sc Acquisti, Direttore Sc Tecnico-Logistico E Patrimonio	35% numero di verifiche positive sugli incarichi conferiti. 35% numero di rotazioni effettuate. Report al 30.06.2025.e al 30.11.2025	RPCT
			Direttore Dipartimento Prevenzione. Direttori Afferenti Ai Servizi Dipartimento Prevenzione Con Particolare Riguardo Alla Ssd Medicina Legale.	Report semestrale su numero rotazioni effettuate dei componenti delle commissioni. Numero verifiche sulle check list e sulle autocertificazioni.	RPCT
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità. Erogazione, Di Premialita', Rimborsi, Indennizzi. Concessione Ed Erogazione Di Sovvenzioni, Contributi, Sussidi, Ausili Finanziari, Vantaggi Economici Di Qualunque Genere.	Applicazione misure di prevenzione generali e misure di prevenzione specifiche	Direttori di tutte le strutture aziendali competenti allo svolgimento dei processi da cui discendano effetti economici diretti ed immediati.	Controllo a campione pari al 5% delle autocertificazioni acquisite. Numero verifiche effettuate su numero autocertificazioni acquisite	RPCT

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILI ATTUAZIONE	TARGET	Fonte
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità ingiusti vantaggi economici per enti e soggetti esterni - erogazioni prestazioni socio-sanitarie :inserimenti, a cura delle u.v.t.	Applicazione misure di prevenzione generali e misure specifiche di prevenzione:	Direttore Distretto	Applicazione regolamento aziendale u.v.t. e report al 30.06.26 e 30.11.26	RPCT
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità adeguate e tempestive verifiche ed azioni correttive nella riduzione dei tempi delle liste di attesa.	Applicazione misure di prevenzione generali. misure di prevenzione specifiche: completa informatizzazione liste di attesa. controlli sulle liste di attesa	Direzione Sanitaria E Direttore Distretto	Numero liste di attesa informatizzate sul numero totale sul numero totale liste . numero delle verifiche effettuate a campione	RPCT
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità. programmazione e pianificazione tempestiva ed esaustiva degli acquisti dei farmaci	Misure di prevenzione generali. misure specifiche di prevenzione: audit interni con il coinvolgimento di tutti i direttori dei servizi competenti per rilevazione dei fabbisogni.	Direttori: Sc Farmacia Territoriale, Ssd Farmacia Ospedaliera E Sc Acquisti	Numero audit interni svolti	RPCT
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità. garantire la massima efficienza e regolarità nella rilevazione di anomalie. favorire ed implementare la riduzione della spesa farmaceutica.	misure di prevenzione generali. misure di prevenzione specifiche: controlli e report semestrali sui consumi e sull'andamento della spesa farmaceutica.	Direttori: Sc Farmacia Territoriale E Ssd Farmacia Ospedaliera	Report nei tempi di attuazione	RPCT
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità. puntuale e precisa elaborazione misure di prevenzione. valutazione corretta dei rischi nei programmi di intervento. puntuale effettuazione monitoraggi.	Misure di prevenzione generali. misure di prevenzione specifiche check list semestrali con controlli per la verifica sulla omogeneità territoriale nella attuazione strategie in materia di sorveglianza sanitaria.	RSPP	Numero di controlli semestrali check list	RPCT
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità garantire che il 100% degli affidamenti diretti sia adeguatamente motivato, tracciabile e conforme alla normativa vigente, rendendo l'attività facilmente verificabile in sede di monitoraggio rpct	Utilizzo dei dati aperti della bdncp di anac per la ricostruzione dello storico degli affidamenti agli operatori economici, ai fini della verifica del rispetto del principio di rotazione e del monitoraggio rpct..	Direttore Sc Tecnico Logistico Patrimonio E Acquisti Asl Ogliastro	Numero di operatori economici affidatari nell'anno; numero affidamenti stesso operatore economico (da bdncp); casi di affidamenti reiterati analizzati in sede di monitoraggio	RPCT

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILI ATTUAZIONE	TARGET	FONTE
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità. assicurare la corretta esecuzione dei contratti nel rispetto delle condizioni pattuite, garantendo la tracciabilità dei controlli e la verificabilità delle attività svolte.	Inserimento della certificazione di regolare esecuzione del servizio/fornitura per ogni fattura presentata dall'operatore economico, quale presupposto per la liquidazione e il pagamento.	Direttore Sc Tecnico Logistico Patrimonio E Acquisti Asl Ogliastro	Percentuale di fatture liquidate corredate da certificazione di regolare esecuzione del servizio/fornitura inserita nel fascicolo digitale.	RPCT
	Prevenire il rischio specifico di corruzione di elevata priorità. percorsi di cura appropriati	Applicazione delle misure di prevenzione generali. Adozione linee guida aziendali.	Direttore Dipartimento Salute Mentale - Direttore Sc Csm, Direttore Sc Area Dipendenze Patologiche, Direttore Ssd Riabilitazione Psichiatrica E Semiresidenziale	Adozione linee guida aziendali. report semestrali entro il 30.06.2026 e 30.11.2026	RPCT
<b>Area di performance della qualità del dato e della trasparenza integrità e anti corruzione</b>		integrazione del vigente codice di comportamento aziendale con l'inserimento del divieto di pantouflage	Direttore Sc Affari Generali	integrazione entro il 28.02.2026	RPCT
	Garantire la corretta gestione della procedura DI divieto di pantouflage	indicazione del numero totale dei contratti di assunzione e indicazione numero contratti integrati con la clausola di divieto di pantouflage. indicazione di avvenuta archiviazione dei modelli sottoscritti da parte dei dipendenti cessati, con indicazione del numero dei modelli sottoscritti rispetto al numero dei dipendenti cessati nell'arco dell'anno entro il 30.11.2026	Direttore Ssd Personale	monitoraggio entro il 30.11.2026	RPCT
	Garantire gli adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione degli atti, provvedimenti e informazioni.	verifica della puntuale pubblicazione nel sito istituzionale, sezione amministrazione trasparente, da parte dei responsabili interessati	direttori delle strutture RPCT	monitoraggio trimestrale	RPCT

### 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 di risultati conseguiti.

L'Azienda ASL Ogliastro, 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. La relazione annuale è reperibile al seguente Link:

<https://www.aslogliastra.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-corruzione/relazione-del-rpct/>

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

### **3.1 Struttura organizzativa**

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

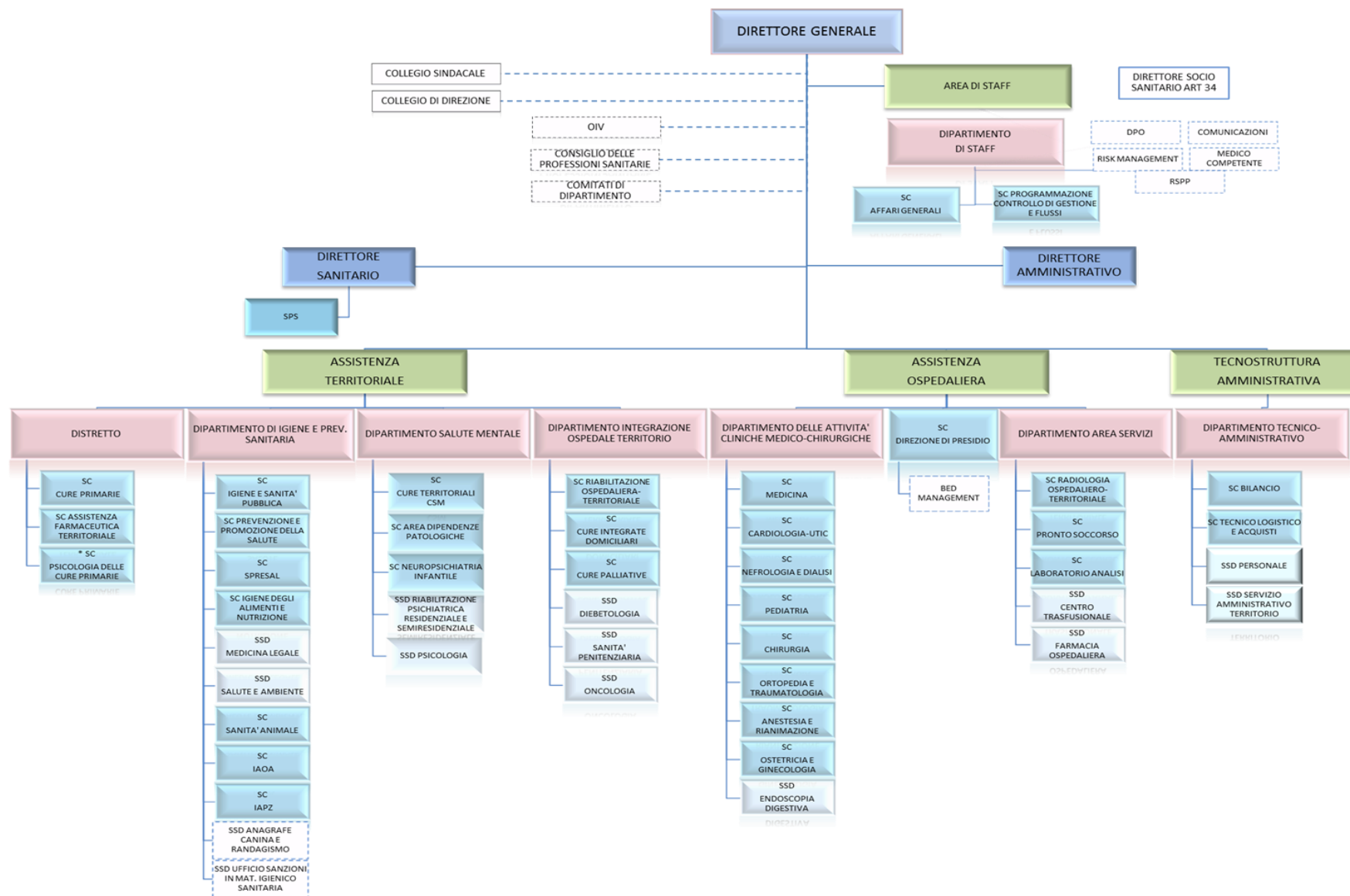
L'atto aziendale definisce il modello organizzativo dell'Azienda e le linee strategiche generali nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dei servizi offerti. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale, disciplina l'organizzazione dell'ASL secondo il modello dipartimentale.

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

- la Direzione Generale – 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 Ogliastro:

Figura 20 Organizzazione azienda ASL Ogliastro



L'analisi organizzativa nel settore sanitario è un processo cruciale per migliorare l'efficienza, la qualità delle cure e la soddisfazione dei pazienti.

L'organizzazione dell'Ente può essere analizzata attraverso due dimensioni chiave: ampiezza verticale e ampiezza orizzontale. Entrambe le dimensioni influenzano la struttura, la comunicazione e l'efficacia operativa dell'ente.

L'ampiezza verticale si riferisce ai livelli gerarchici presenti all'interno di un'organizzazione. Essa determina la profondità della struttura e il numero di livelli di management. Le peculiarità dell'ampiezza organizzativa verticale sono dettate dall'Atto Aziendale che specifica appunto l'articolazione e la profondità. La dimensione dell'Asl Ogliastro, che opera con un unico distretto e con un unico presidio ospedaliero di secondo livello, ha consentito una organizzazione con un numero limitato di livelli gerarchici e conseguentemente la riduzione degli svantaggi che più livelli possono portare come processi decisionali lenti e una maggiore burocrazia. Inoltre, ridurre la distanza tra management e operatori riduce la separazione e migliora la comunicazione tra il management e il personale operativo. La maggiore ampiezza orizzontale consente maggiore autonomia degli operatori che possono avere più libertà decisionale, migliorando la reattività e facilita la comunicazione diretta tra i membri del team.

La chiave di volta per mantenere l'equilibrio tra queste due dimensioni per l'ASL Ogliastro risiede nell'analisi e nell'organizzazione delle risorse umane. Questo è particolarmente rilevante poiché i servizi sanitari operano ad alta intensità di lavoro, richiedendo un significativo impegno in termini di risorse umane, tempo e competenze professionali per garantire un'assistenza socio-sanitaria adeguata ai propri assistiti.

Le sfide associate ad una adeguata organizzazione delle risorse umane sono:

- gestire le risorse umane con la pianificazione attenta per garantire che le risorse siano disponibili quando necessario;
- contenere lo stress del personale perché l'elevato carico di lavoro può portare a stress e burnout tra i professionisti sanitari coinvolti nei diversi processi;
- attivare adeguati percorsi di formazione per migliorare le competenze e le conoscenze del personale.

### 3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore, basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino". Ciò a significare la collaborazione tra l'ASL Ogliastro 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 che implica una nuova visione del processo produttivo e della complessiva organizzazione aziendale.

Il Titolo IV Rapporto di lavoro– Capo II Istituti dell’orario di lavoro del CCNL Comparto Sanità 2022-2024, disciplina l’accesso al 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'adesione al lavoro agile (Art 28 CCNL 2022-2024) è consensuale e volontaria, disponibile per tutti i lavoratori con contratti sia a tempo indeterminato che determinato. L'Azienda identifica le attività idonee per il lavoro agile, escludendo i lavori in turno e quelli che necessitano di strumenti non utilizzabili da remoto.

L'ente deve conciliare il benessere e la flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico e le necessità tecniche. Pur rispettando i diritti di priorità previsti dalla normativa vigente, l'ente faciliterà l'accesso al lavoro agile per i lavoratori in situazioni di particolare necessità, come chi ha esigenze di salute o assiste familiari con disabilità grave, attraverso contrattazione collettiva integrativa. Inoltre, con accordo individuale, è possibile aumentare i giorni di lavoro agile per alcuni lavoratori rispetto al personale generale.

La Direttiva Ministeriale del 29 dicembre 2023, superando la contingenza pandemica e la necessità di proroghe applicative ad hoc, estende ai lavoratori cosiddetti “fragili” ossia 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.

Il lavoro agile 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.

Lo smart working non è solo una questione di tecnologia o di flessibilità, ma una vera e propria trasformazione culturale che richiede un cambiamento di mentalità e di comportamento da parte di tutti i soggetti coinvolti: lavoratori, dirigenti, utenti e fornitori.

L'approccio a questa nuova modalità organizzativa presuppone l'indagine e/o l'attivazione delle condizioni abilitanti che influenzano la buona riuscita della misura stessa. L'azione preliminare è quindi valutare lo stato di salute e le criticità che possano impedire l'implementazione del lavoro agile o che ne possano compromettere il successo.

**Tabella 18 Tabella Condizioni abilitanti**

OBIETTIVI	INDICATORI	STATO BASELINE 2025	TARGET 2028	Fonte
<b>SALUTE ORGANIZZATIVA</b>				
Adeguatezza dell'organizzazione dell'ente rispetto al lavoro agile. Miglioramento organizzativo.	1) Coordinamento organizzativo del lavoro agile	no	si	<i>direttore generale/direttore amministrativo/servizio risorse umane</i>
	2) Monitoraggio del lavoro agile	no	si	<i>servizio risorse umane e dirigente di riferimento</i>
	3) Help desk informatico dedicato al lavoro agile	no	si	<i>servizio risorse umane</i>
	4) Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi	si	si	<i>direttore generale/direttori di area/dirigenti/incarichi di funzione</i>
<b>SALUTE PROFESSIONALE</b>				
Adeguatezza dei profili professionali esistenti all'interno dell'ente rispetto a quelli necessari	5) % dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno	0%	50%	<i>direzione amministrativa</i>
	6) % dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale	80%	100%	<i>direzione amministrativa</i>
	7) % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno	0%	60%	<i>direzione amministrativa</i>
	8) % di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi	100%	100%	<i>direzione amministrativa</i>
	9) % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno	0% (Syllabus)	90% (Syllabus)	<i>direzione amministrativa/servizio formazione</i>
	10) % lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	100%	100%	<i>direzione amministrativa/rtd</i>
<b>SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA</b>				

OBIETTIVI	INDICATORI	STATO BASELINE 2025	TARGET 2028	FONTE
Rilevare i fabbisogni aziendali	11) € Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile	0,00	5.000,00	<i>direzione amministrativa/servizio formazione</i>
	12) € Investimenti in supporti hardware funzionali al lavoro agile	0,00	6.500,00	<i>direzione amministrativa/servizio finanze e controllo</i>
	13) € Investimenti in digitalizzazione di servizi, progetti, processi	0,00	3.500,00	<i>direzione amministrativa/servizio programmazione controllo</i>
<b>SALUTE DIGITALE</b>				
SALUTE DIGITALE	14) % lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati	0	100% da fornitura aziendale	<i>servizio acquisti</i>
	15) Sistema VPN	100%	100%	<i>ict ares/rtd</i>
	16) Sistemi di collaborazione (es. documenti in cloud)	100%	100%	<i>ict ares/rtd</i>
	17) % Applicativi consultabili in lavoro agile	100%	100%	<i>ict ares/rtd</i>

L'azienda è consapevole delle potenzialità insite nella implementazione del lavoro agile nella propria organizzazione, ma questo comporta la diffusione di una nuova cultura organizzativa orientata a generare autonomia e responsabilità nelle persone. Tra i fattori che rilevano positivamente in questa direzione si segnalano la capacità di:

- favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- aumentare della produttività;
- favorire l'inclusione e l'accessibilità al lavoro;
- migliorare il benessere psicologico;
- ridurre i costi aziendali;
- promuovere l'innovazione tecnologica.

Gli indicatori dello stato di implementazione del lavoro agile costituiscono il punto di partenza cui devono aggiungersi adeguati indicatori che misurino l'impatto che l'organizzazione del lavoro produce sulla performance organizzativa e individuale e, a salire sulla capacità dell'azienda di creare Valore Pubblico.

**Tabella 19 Stato di implementazione del lavoro agile**

DIMENSIONI	INDICATORI SULLO STATO DI IMPLEMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE
QUALITA'	% dirigenti/posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile
	%percentuale dipendenti in L.A. soddisfatti
	Soddisfazione per genere
	Soddisfazione per età
QUANTITA'	%lavoratori agili effettivi/lavoratori agili potenziali
	Giornate lavoro agile/giornate lavorative totali

Il ricorso a questa modalità organizzativa del lavoro comporta la misurazione della sua applicazione concreta attraverso degli indicatori che ne rilevino sia l'aspetto qualitativo che quantitativo.

**Tabella 20 Indicatori di performance organizzativa lavoro agile**

DIMENSIONI		INDICATORI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
EFFICIENZA	Produttiva	Diminuzione assenze
	Temporale	Riduzione tempi di lavorazione
EFFICACIA	Quantitativa	N. pratiche/processi o servizi
ECONOMICITA'	Riduzione dei costi	Riduzione costi utenze, stampe

L'utilizzo del lavoro agile ha un importante impatto anche sul singolo individuo perché favorisce l'equilibrio personale tra vita lavorativa e privata, l'aumento del livello di responsabilizzazione e la riduzione di stress. E' necessario che questi potenziali benefici si tramutino in benessere effettivo e quindi l'azienda deve introdurre strumenti di monitoraggio e misurazione che permettano di introdurre le azioni correttive a supporto del lavoratore.

**Tabella 21 indicatori di performance individuale lavoro agile**

DIMENSIONI		INDICATORI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE
EFFICIENZA	Efficacia quantitativa	N. di pratiche N di pratiche in L.A./ N totale di pratiche
	Efficacia qualitativa	Qualità del lavoro svolto
EFFICACIA	Quantitativa	N. pratiche/processi o servizi
ECONOMICITA'	Riduzione dei costi	Riduzione costi utenze, stampe

### 3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni di personale

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.

Al 31.12.2025 l'organico impegnato in azienda è rappresentato nel complesso da 738 unità distinte in base all'Area dei centri di costo, tra ruolo amministrativo, sanitario e tecnico secondo la seguente tabella dove sono riportati i dati di sintesi. Nel numero complessivo sono inserite le assunzioni in sostituzione e le assunzioni per programmi e/o progetti con finanziamento specifico che non rientrano nel conteggio del fabbisogno 2026 2028 come da Nota RAS Prot n. 28607 del 16/10/2025 "Redazione del Piano triennale del fabbisogno di personale per il triennio 2026-2028. Le prime sono pari a 13 unità e le seconde a 11 unità. Nel complesso 24 unità che non rientrano nel dato di partenza utilizzato per l'elaborazione del PTFP 2026 2028. Al 01.01.2026 cessano 14 unità quindi il dato iniziale e 9 sono le unità in assegnazione temporanea e /o in comando.

**Tabella 22 Personale al 31.12.2025**

Area	Ruolo	TipoDipendente	Tipologia di contratto	Total e
Area di staff	RUOLO AMMINISTRATIVO	Comparto	ASS.TEMPORANEA EX ART.42 bis D.LGS 151/2011	1
			COMANDATO DA ALTRO ENTE	1
			TEMPO DETERMINATO - PNRR	2
			TEMPO INDETERMINATO	27
		Comparto Totale		31
		Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	TEMPO DETERMINATO	3
			TEMPO INDETERMINATO	2
		Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica Totale		5
	RUOLO AMMINISTRATIVO Totale			36
	RUOLO PROFESSIONALE	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	1
		Comparto Totale		1
		Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	TEMPO INDETERMINATO	1
		Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica Totale		1
	RUOLO PROFESSIONALE Totale			2
	RUOLO SANITARIO	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	2
		Comparto Totale		2
		Dirig.Medico/Veterinaria	TEMPO INDETERMINATO	1
		Dirig.Medico/Veterinaria Totale		1
	RUOLO SANITARIO Totale			3
	RUOLO TECNICO	Comparto	TEMPO DETERMINATO - PNRR	1
			TEMPO INDETERMINATO	15
		Comparto Totale		16
	RUOLO TECNICO Totale			16
Area distrettuale	RUOLO AMMINISTRATIVO	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	13
		Comparto Totale		13
	RUOLO AMMINISTRATIVO Totale			13
	RUOLO SANITARIO	Comparto	COMANDATO DA ALTRO ENTE	1
			TEMPO DETERMINATO (SOSTITUZIONE)	1
			TEMPO DETERMINATO FINANZIATO	1
			TEMPO INDETERMINATO	58
		Comparto Totale		61
		Dirig.Medico/Veterinaria	TEMPO INDETERMINATO	7
		Dirig.Medico/Veterinaria Totale		7
		Dirig.Sanitaria non medica	TEMPO DETERMINATO FINANZIATO	1
			TEMPO INDETERMINATO	3
		Dirig.Sanitaria non medica Totale		4
	RUOLO SANITARIO Totale			72
	RUOLO SOCIOSANITARIO	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	1
		Comparto Totale		1
	RUOLO SOCIOSANITARIO Totale			1
	RUOLO TECNICO	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	7
		Comparto Totale		7
	RUOLO TECNICO Totale			7
Area ospedaliera		Comparto	TEMPO INDETERMINATO	11

Area	Ruolo	TipoDipendente	Tipologia di contratto	Total e	
	RUOLO AMMINISTRATIVO	Comparto Totale		11	
	RUOLO AMMINISTRATIVO Totale			11	
	RUOLO SANITARIO	Comparto	ASS.TEMPORANEA EX ART.42 bis D.LGS 151/2011	6	
			TEMPO DETERMINATO	6	
			TEMPO DETERMINATO (SOSTITUZIONE)	9	
			TEMPO INDETERMINATO	246	
		Comparto Totale		267	
		Dir. delle Profess. Sanitarie	TEMPO INDETERMINATO	2	
		Dir. delle Profess. Sanitarie Totale		2	
		Dirig.Medico/Veterinaria	TEMPO DETERMINATO	3	
			TEMPO DETERMINATO (MEDICI SPECIALIZZANDI)	2	
			TEMPO INDETERMINATO	69	
		Dirig.Medico/Veterinaria Totale		74	
		Dirig.Sanitaria non medica	TEMPO INDETERMINATO	7	
		Dirig.Sanitaria non medica Totale		7	
		RUOLO SANITARIO Totale		350	
	RUOLO SOCIO SANITARIO	Comparto	TEMPO DETERMINATO (SOSTITUZIONE)	3	
			TEMPO DETERMINATO FINANZIATO	1	
			TEMPO INDETERMINATO	15	
		Comparto Totale		19	
	RUOLO SOCIO SANITARIO Totale			19	
	RUOLO TECNICO	Comparto	TEMPO DETERMINATO	1	
			TEMPO INDETERMINATO	85	
		Comparto Totale		86	
	RUOLO TECNICO Totale			86	
	Area prevenzione	RUOLO AMMINISTRATIVO	Comparto	TEMPO DETERMINATO	1
				TEMPO INDETERMINATO	5
Comparto Totale				6	
RUOLO AMMINISTRATIVO Totale			6		
RUOLO SANITARIO		Comparto	TEMPO INDETERMINATO	20	
		Comparto Totale		20	
		Dirig.Medico/Veterinaria	TEMPO INDETERMINATO	26	
		Dirig.Medico/Veterinaria Totale		26	
RUOLO SANITARIO Totale			46		
RUOLO TECNICO		Comparto	TEMPO INDETERMINATO	5	
			TEMPO INDETERMINATO FINANZIATO	1	
		Comparto Totale		6	
RUOLO TECNICO Totale			6		
Area salute mentale	RUOLO AMMINISTRATIVO	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	1	
		Comparto Totale		1	
		Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	TEMPO INDETERMINATO	1	
		Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica Totale		1	
	RUOLO AMMINISTRATIVO Totale			2	
	RUOLO SANITARIO	Comparto	TEMPO DETERMINATO FINANZIATO	1	
			TEMPO INDETERMINATO	30	
		Comparto Totale		31	
		Dirig.Medico/Veterinaria	TEMPO INDETERMINATO	11	
		Dirig.Medico/Veterinaria Totale		11	
		Dirig.Sanitaria non medica	TEMPO DETERMINATO FINANZIATO	3	
			TEMPO INDETERMINATO	6	
		Dirig.Sanitaria non medica Totale		9	
	RUOLO SANITARIO Totale			51	
	RUOLO SOCIO SANITARIO	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	1	
		Comparto Totale		1	
	RUOLO SOCIO SANITARIO Totale			1	
RUOLO TECNICO	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	10		
	Comparto Totale		10		
RUOLO TECNICO Totale			10		
Totale complessivo				738	

Fonte SSD Personale ASL Ogliastro

Una delle maggiori criticità evidenziata ormai da anni è la carenza di personale medico, sia dipendente che convenzionato di specialistica ambulatoriale. La difficoltà a reperire medici specialistici è diventata ormai un elemento strutturale del panorama sanitario che condiziona negativamente la capacità delle aziende e della Asl Ogliastro di coordinare contemporaneamente un alto volume di prestazioni ambulatoriali, la presa in carico territoriale dei pazienti cronici e l'erogazione di prestazioni ospedaliere.

La grave e persistente carenza di personale medico aveva già portato la Direzione anche alla drastica decisione di chiusura di reparti negli ultimi anni nonostante il ricorso alle consulenze ed alle prestazioni aggiuntive di altre Aziende Sanitarie.

In questi ultimi anni, proprio la difficoltà nel reperire medici specialisti, ha comportato per l'azienda il ricorso a convenzioni con altre aziende sanitarie, a incarichi libero professionali e all'intrattenimento in servizio oltre i 67 anni e entro i 70 anni del personale sanitario nel rispetto delle norme vigenti.

Nonostante le criticità esposte, l'azienda prosegue con le azioni operative essenziali per il raggiungimento dei propri obiettivi organizzativi e produttivi e, in quest'ottica, ha definito il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2026-2028 coerentemente con la riorganizzazione dei servizi e la piena ripresa della capacità dell'offerta sanitaria della ASL Ogliastro.

Il Piano triennale del fabbisogno di personale 2026-2028 è stato approvato con deliberazione del Commissario Straordinario n.329 del 14.11.2025, è redatto secondo gli schemi Prospetto 1 e 2 riportati dalla delibera RAS n. 46/42 del 22.11.2019 che si allegano al PIAO.

La capacità assunzionale è calcolata nel rispetto dei limiti delle risorse economiche e finanziarie poste dal Bilancio di Previsione 2026-2028. L'impegno economico espresso nel PTFP rispetta i tetti di spesa previsti dalle norme nazionali e regionali in materia di spese per il personale dipendente, tempo determinato e indeterminato, e per i contratti di somministrazione di lavoro.

Con il PTFP 2026-2028 espone il fabbisogno complessivo dell'azienda in termini numero di unità per ciascun profilo professionale e del relativo costo standard previsto per gli anni 2026-2028

Il totale complessivo del personale dipendente è al 01.01.2026 di 694 unità che si prevede di portare a 785 nel corso del 2026. L'incremento netto totale al 31.12.2025 è di 91 unità di cui 44 destinati al comparto e 47 destinati alla dirigenza.

In questo dato non sono incluse le assunzioni previste nel Piano Nazionale degli Investimenti Complementari (PNC)- Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima di cui alla L. 101/2021 e "Programma Nazionale Equità nella Salute" (PNES) 2021-2027, le assunzioni in sostituzioni e le assegnazioni temporanee e/o in comando.

I criteri alla base della programmazione sono stati:

- turnover generazionale;
- assunzioni di nuovo personale per garantire le esigenze organizzative dei servizi socio sanitarie, per favorire il raggiungimento degli obiettivi collegati a piani specifici come PNRR, Piano Nazionale degli Investimenti Complementari (PNC)- Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima di cui alla L. 101/2021 e "Programma Nazionale Equità nella Salute" (PNES) 2021-2027.

Uno dei fattori di maggior rilievo è il potenziamento della dirigenza sanitaria per la quale si prevede l'incremento di 45 dirigenti medici e veterinari, di 1 dirigente farmacista. Il fabbisogno di unità di dirigenza medica è calcolato avendo a riguardo non solo al fisiologico turnover generazionale e quindi delle cessazioni per raggiunti limiti di età, ma soprattutto considerando le gravi carenze in alcune discipline come cardiologia, chirurgia generale, igiene, epidemiologia e sanità pubblica, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria per citare le più incomplete ai fini organizzativi.

Nel dettaglio, meglio rappresentato nel PTFP allegato, le unità necessarie alla copertura dei posti vacanti per effetto delle cessazioni sono 18 e mentre 63 sono le assunzioni.

Ai fini della programmazione, si è posta la condizione che tutte le assunzioni avverranno nel corso del 2026, più esattamente nel secondo semestre. Il costo è ottenuto a partire dai costi standard per ciascun profilo professionale (come esposti nel Prospetto 1) e integrati con gli oneri accessori e i fondi contrattuali (come da Prospetto 2) per la quadratura del conto economico di previsione anno 2026.

La differenza riscontrabile tra l'anno 2025 e l'anno 2026, per il quale si prevede un maggior costo a parità di unità lavorative, deriva dalla condizione preliminare posta alla base: le cessazioni si ipotizzano al 30.06.2026 per 6 mesi e le nuove assunzioni si ipotizzano dal 01.07.2026 sempre per 6 mesi. Nel corso del 2027 e 2028 non sono previste variazioni pertanto il nuovo personale è in organico dal 01.01.2027 e 01.01.2028.

La tabella seguente rappresenta la sintesi della strategia di copertura del fabbisogno triennale di personale, per il triennio 2026-2027-2028, con il dettaglio del numero di teste, costo e percentuale suddiviso per ruolo di appartenenza.

**Tabella 23 Sintesi PTFP 2026-2028**

RUOLO	AREA	31.12.2026			31.12.2027			31.12.2028		
		TESTE	COSTI	% SUL TOTALE	TESTE	COSTI	% SUL TOTALE	TESTE	COSTI	% SUL TOTALE
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>		<b>87</b>	<b>1.951.635</b>	7,83	<b>87</b>	<b>2.306.366</b>	8,56	<b>87</b>	<b>2.306.366</b>	8,56
	COMPARTO	80	1.623.374	6,51	80	1.952.854	7,25	80	1.952.854	7,25
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	7	328.261	1,32	7	353.512	1,31	7	353.512	1,31
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>		<b>2</b>	<b>76.880</b>	0,31	<b>2</b>	<b>76.880</b>	0,29	<b>2</b>	<b>76.880</b>	0,29
	COMPARTO	1	26.378	0,11	1	26.378	0,10	1	26.378	0,10
	DIRIGENTE INGEGNERE	1	50.502	0,20	1	50.502	0,19	1	50.502	0,19
<b>RUOLO SANITARIO</b>		<b>549</b>	<b>19.564.579</b>	78,45	<b>549</b>	<b>21.134.063</b>	78,46	<b>549</b>	<b>21.134.063</b>	78,46
	COMPARTO	372	9.953.688	39,91	372	10.088.995	37,46	372	10.088.995	37,46
	DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	19	1.164.086	4,67	19	1.195.656	4,44	19	1.195.656	4,44
	DIRIGENZA MEDICA VETERINARIA	158	8.446.806	33,87	158	9.849.412	36,57	158	9.849.412	36,57
<b>RUOLO SOCIO SANITARIO</b>		<b>94</b>	<b>2.194.929</b>	8,80	<b>94</b>	<b>2.218.137</b>	8,24	<b>94</b>	<b>2.218.137</b>	8,24
	COMPARTO	94	2.194.929	8,80	94	2.218.137	8,24	94	2.218.137	8,24
	DIRIGENZA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
<b>RUOLO TECNICO</b>		<b>53</b>	<b>1.149.755</b>	4,61	<b>53</b>	<b>1.199.056</b>	4,45	<b>53</b>	<b>1.199.056</b>	4,45
	COMPARTO	53	1.149.755	4,61	53	1.199.056	4,45	53	1.199.056	4,45
	DIRIGENZA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
<b>Totale Comparto</b>		<b>600</b>	<b>14.948.124</b>	<b>59,94</b>	<b>600</b>	<b>15.485.419</b>	<b>57,49</b>	<b>600</b>	<b>15.485.419</b>	<b>57,49</b>
<b>Totale Dirigenza</b>		<b>185</b>	<b>9.989.655</b>	<b>40,06</b>	<b>185</b>	<b>11.449.082</b>	<b>42,51</b>	<b>185</b>	<b>11.449.082</b>	<b>42,51</b>
<b>Totale Complessivo Personale Dipendente</b>		<b>785</b>	<b>24.937.779</b>	<b>100,00</b>	<b>785</b>	<b>26.934.501</b>	<b>100</b>	<b>785</b>	<b>26.934.501</b>	<b>100,00</b>

### 3.3.2 Formazione del personale

La formazione, l'aggiornamento continuo del personale, l'investimento sulle conoscenze, sulle capacità e sulle competenze delle risorse umane sono allo stesso tempo un mezzo per garantire l'arricchimento professionale dei dipendenti e per stimolarne la motivazione e uno strumento strategico volto al miglioramento continuo dei processi interni.

La formazione continua del personale è un processo complesso che investe molteplici aspetti dell'organizzazione aziendale:

- la valorizzazione del personale intesa anche come fattore di crescita;
- il miglioramento della qualità dei processi organizzativi;
- la capacità di adeguamento alle nuove sfide produttive e organizzative imposte dal contesto altamente dinamico;
- lo sviluppo della funzione produttiva di valore pubblico attraverso la prevenzione della corruzione.

La strategia di crescita e di sviluppo del capitale umano è diventato un imperativo all'interno della Pubblica Amministrazione affinché il dipendente faccia propri gli obiettivi, gli strumenti e le azioni di cambiamento e diventi egli stesso promotore di innovazione. Quest'approccio è alla base delle politiche adottate con il PNRR che pone particolare attenzione all'acquisizione di competenze e conoscenze delle persone necessarie a gestire la transizione amministrativa, ecologica e digitale.

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, la Asl Ogliastra ha comunicato ad ARES Sardegna il proprio fabbisogno formativo. ARES Sardegna ha proceduto, con Deliberazione del proprio Direttore Generale n. 342 del 30/12/2025, all'approvazione del Piano Annuale della Formazione del Provider ARES 2026, nell'ambito del quale è stato definito il Piano formativo della ASL Ogliastra.

Gli obiettivi della formazione sono finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze professionali nel settore specifico di attività nella disciplina di appartenenza anche in termini di procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della sicurezza nei specifici processi di produzione delle attività sanitarie.

Le aree della formazione che si intendono sviluppare nel corso del 2026 possono essere identificate sostanzialmente con:

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

Il PFA anno 2026, per quanto attiene la ASL Ogliastra, dà prioritaria importanza ai corsi dell' "Area sicurezza luoghi di lavoro" per la sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate e dell' "Area emergenza ed urgenza" per le linee guida - protocolli - procedure documentazione clinica. Il Piano della Formazione Annuale 2026 si integra con la formazione strategica individuata di concerto tra la direzione generale e le strutture semplici e complesse che disegnano l'organizzazione aziendale. Ciascuna di queste ha individuato ambiti in cui intervenire con azioni formative *ad hoc* in considerazione delle esigenze specifiche operative e organizzative. Nel complesso l'analisi dei fabbisogni emersi permette di evidenziare come la formazione sia orientata al raggiungimento di obiettivi formativi di processo ossia obiettivi finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della sicurezza negli specifici processi di produzione delle attività sanitarie.

Il dettaglio del piano di formazione previsto da Asl Ogliastra in accordo con ARES è riportato nell'Allegato al PIAO n. 7 PFT ARES 2026 Corsi OGLIASTRA DELDG-342-estratto allegato-A-2025.



il Piano Annuale della Formazione ARES anno 2026 include la conclusione della formazione prevista nel PNRR per quanto attiene lo sviluppo delle competenze di base e specialistiche per l'utilizzo consapevole delle tecnologie digitali.

L'importanza di questi nuovi orientamenti sono ribaditi nella Direttiva del Ministro della Pubblica amministrazione avente ad oggetto "Valorizzazione delle persone e produzione di Valore Pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti." del 14.01.2025 che esplicita le finalità e gli obiettivi strategici della formazione e supporta le amministrazioni nell'individuare soluzioni formative funzionali al raggiungimento degli obiettivi strategici previsti dal PNRR. La direttiva individua inoltre i presupposti per un sistema di monitoraggio della formazione e del suo impatto sul Valore Pubblico.

Viene ancora rimarcato il ruolo della formazione all'interno dell'azienda come strumento per:

- la crescita delle conoscenze delle persone;
- lo sviluppo delle competenze delle persone;
- la crescita della coscienza del ruolo ricoperto da ciascuna persona.

La Asl Ogliastro elabora il proprio fabbisogno di formazione a partire dalla fase del reclutamento del personale e durante l'intero percorso lavorativo.

In linea con le indicazioni ministeriali la Asl Ogliastro si avvale già dal 2025 delle risorse messe a disposizione dal Dipartimento Della Funzione Pubblica attraverso la piattaforma "Syllabus: nuove competenze per le Pubbliche amministrazioni". Si prevede per il 2025 di abilitare alla fruizione dell'applicativo un numero maggiore di dipendenti orientati nella selezione dei corsi dai responsabili dei servizi aziendali.

A partire dall'anno 2024, per continuare nel 2025 e nel 2026, la ASL Ogliastro ha integrato il PFA con i corsi Valore PA banditi dall'INPS ed erogati da atenei italiani.

La maggiore diffusione delle tecnologie digitali consente all'azienda di accedere ad una ampia gamma di percorsi formativi attraverso per esempio FAD, sincrona e asincrona. Da ciò deriva la possibilità di elaborare una domanda di formazione personalizzata e strettamente connessa con i bisogni formativi aziendali e con le specifiche esigenze del singolo dipendente.

Nel corso del triennio 2026-2028, l'azienda ricorrerà anche alle risorse messe a disposizione attraverso la SNA e il Formez PA per i percorsi formativi orientati allo sviluppo di competenze dei livelli avanzati e specialistici con l'obiettivo di incrementare le conoscenze acquisite con Syllabus.

Nel complesso tali strumenti integreranno l'offerta formativa prevista del PFA 2026 affinché la formazione sia efficace e si consegua l'obiettivo di un numero di ore pro capite annue non inferiore a 40 come indicato dalla direttiva citata.

La formazione, progettata e erogata in modo sistematico con un orizzonte temporale adeguato agli obiettivi prefissati, rappresenta una delle determinate di creazione di Valore Pubblico come evidenziato nella sezione 2.1 del Piano.

Gli obiettivi specifici di performance relativi alla formazione sono riportati nella sezione 2.2 Performance del presente piano nella dimensione "risorse umane"

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

### **Le azioni positive**

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.

#### **Azioni Positive:**

L'Asl Ogliastro sta mettendo 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.

Attualmente è in corso la procedura di manifestazione d'interesse per individuare il personale da destinare al Comitato Unico di Garanzia.

#### **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 il tema del contrasto alla violenza sulle donne anche attraverso la partecipazione al Tavolo di Coordinamento Regionale, di cui la Asl Ogliastro è componente, per l'attuazione del Protocollo Interistituzionale sulla violenza contro le donne della Regione Sardegna.
- 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 azienda 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.

#### **Valutazione Stress lavoro correlato: Azioni correttive da attuarsi nel corso del 2026**

L'attivazione di un percorso di riduzione e di miglioramento continuo, richiede che l'Azienda consideri la valutazione del rischio stress come punto di partenza per la condivisione e comunicazione dei risultati utili per la gestione del rischio ma anche per un processo di riorganizzazione dei fattori organizzativi, di contesto e di contenuto, di rischio.

In questo senso, la prevenzione, e/o la gestione dei fattori di rischio stress-lavoro correlato può comportare l'adozione di misure multilivello e trasversali che possono essere collettive, individuali o di entrambi i tipi ed introdotte sotto forma di specifiche misure mirate a fattori di rischio stress individuati.

Il Documento dello Stress Lavoro Correlato, allegato al DVR dell'Asl Ogliastro, pone in evidenza un livello di rischio moderato per tutti gli indicatori INAIL.

Questo implica la necessità di attivare azioni correttive nel corso del 2026 per l'implementazione di efficaci strategie di riduzione dei rischi psicosociali coinvolgendo il personale dei differenti presidi e delle macro-aree per programmare azioni di promozione della salute organizzativa.

A livello generale l'Azienda implementerà le

- “Misure di gestione e comunicazione”
- “Informazione e consultazione dei Lavoratori e dei loro rappresentanti”
- “Formazione dei Dirigenti e dei Lavoratori”

In particolare le attività che svilupperanno saranno le seguenti:

Entro Marzo 2026: calendario di incontri suddivisi per gruppi omogenei, dove vengono informati di risultati dell'analisi tutti i Responsabili, con i coordinatori e con ulteriori figure che si riterrà coinvolgere. Questi incontri informativi saranno l'occasione per divulgare i risultati e per poterli analizzare in maniera approfondita ipotizzando le linee di intervento per la riduzione dello stress a livello organizzativo, gestionale, formativo e relazionale.

Entro settembre 2026: Formazione dei Dirigenti e dei preposti sulla gestione del rischio psicosociale su tutti i fattori di rischio, con particolare priorità all'implementazione di un programma di "TOLLERANZA ZERO" per i comportamenti aggressivi a lavoro.

Sarà attivato un processo di monitoraggio continuo su tutte le attività descritte.

Per la specificità degli interventi si rimanda al Documento di Valutazione dei Rischi dello stress del lavoro correlato.

**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

Le azioni previste in questa sezione, potranno essere modificate, integrate ed ampliate nel corso del triennio sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che emergeranno in fase di attuazione.

Tabella 24 Azioni positive 2026

Azioni Positive 2026	Entro il
CUG Istituzione	10 Marzo 2026
Relazione del Personale	Entro il 30 Marzo
Formazione <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicina di genere</li><li>• Violenza di genere</li><li>• Gender gap a lavoro</li></ul>	Entro il 31/12/2026
Azioni positive e Stress lavoro correlato <ul style="list-style-type: none"><li>• Riduzione del rischio Psicosociale su conciliazione lavoro-famiglia</li></ul>	Entro il 31/12/2026

## SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) termina con la descrizione dei sistemi di monitoraggio dei risultati, che dovranno prevedere controlli periodici, per ciascuna area del Piano, ciascuno secondo le regole definite dalla normativa vigente che concentra l'attenzione su tema sia delle singole sezioni che lo compongono sia dell'intero PIAO.

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

Inoltre, il monitoraggio rivolto all'Organizzazione aziendale, al lavoro agile ed al Piano triennale del fabbisogno del personale è previsto secondo la modalità stabilite, su base triennale, dall'Organismo Indipendente di Valutazione

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.

Per il monitoraggio e la misurazione effettiva delle attività in cui vengono tradotte le componenti di Valore Pubblico, è fondamentale verificare le azioni programmate dall'Azienda e tradurle in tempistiche di attuazione, così da monitorare il miglioramento durante un lasso di tempo prestabilito. Le azioni che si sono illustrate sono da misurarsi nell'arco temporale del triennio 2026/2028, annualità cui si riferisce il presente Piano.

Nondimeno occorre monitorare annualmente gli obiettivi di Valore Pubblico al fine di disporre azioni correttive tempestive qualora si rilevano criticità nel percorso. Il monitoraggio della Sottosezione Performance è definito nel documento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Il monitoraggio della Sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia della strategia di prevenzione della corruzione, avviene secondo le modalità previste dalla normativa vigente e le indicazioni dell'ANAC.

Gli attori che concorrono a garantire l'azione di monitoraggio sono RPCT, i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali e l'Organismo Indipendente di Valutazione nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

Di seguito si propone uno schema sintetico che indica per ognuna delle sezioni e sottosezioni del PIAO gli strumenti di monitoraggio:

**Tabella 25 Sintesi delle attività di monitoraggio**

Sez/sottosezione	Modalità Monitoraggio	Frequenza del monitoraggio
Sez.2.1 - Valore pubblico	Monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi di Valore Pubblico: Indicatori BES, LEA, NSG, Obiettivi strategici.....	Semestrale/Annuale
Sez. 2.2 - Performance	Monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi strategici ed Operativi funzionali alla definizione delle performance organizzativa delle strutture e della performance individuale: - attraverso la verifica del raggiungimento dei	Semestrale

Sez/sottosezione	Modalità Monitoraggio	Frequenza del monitoraggio
	risultati rispetto ai risultati attesi relativi agli indicatori di impatto utilizzati per gli obiettivi	
	Redazione , approvazione e pubblicazione della Relazione annuale sulla performance: - attraverso la formalizzazione dei risultati raggiunti nel monitoraggio annuale per gli obiettivi strategici ed operativi funzionali alla definizione della performance organizzativa delle strutture-	Annuale (entro il 30 giugno)
Sez. 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza	Monitoraggio periodico secondo le indicazioni contenute nel PNA e in particolare: - monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza; - monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione. Attraverso la verifica dell'attuazione delle misure organizzative di prevenzione della corruzione ed individuati indicatori e obiettivi (valore attesi), necessari per verificare la corretta attuazione delle stesse.	Periodico
	Redazione, approvazione e pubblicazione della Relazione annuale del RPCT, sulla base del modello adottato dall'ANAC con comunicato del Presidente. Attestazione da parte degli organismi di valutazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza	15 dicembre o altra data stabilita con comunicato del Presidente dell'ANAC Annuale
Sez. 3 - Struttura organizzativa	Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	Triennale
Sez 3 - Organizzazione del lavoro agile	Monitoraggio da parte degli organismi di valutazione della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	Triennale
Sez. - Piano Triennale del fabbisogno di Personale	Monitoraggio da parte degli organismi di valutazione della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	Triennale

Il monitoraggio delle sezioni e sottosezioni del PIAO potrà condurre ad un report integrato del PIAO quale strumento di miglioramento gestionale e strategico per mezzo del quale l'Azienda Ogliastro può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del sistema.

#### ALLEGATI

Allegato 1 - Misurazione del rischio;

Allegato 2 - Rischi e misure di prevenzione;

Allegato 3 - Elenco Obblighi di pubblicazione;

Allegato 4 - Informativa Pantouflage;

Allegato 5 - Normativa di riferimento;

Allegato 6 - Piano triennale del fabbisogno del personale;

Allegato 7 - PFT ARES 2026 Corsi OGLIASTRA DELDG-347-allegato-A-2025