



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

**Triennio 2022/2024**

### Sommario

#### PREMESSA

<b>SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA ASL N°1 DI SASSARI.....</b>
---

- ISTITUZIONE DELLA ASL N°1 DI SASSARI
- MISSION
- PROCEDURA DI APPROVAZIONE DEL P.I.A.O.
- FASE TRANSITORIA
- ANALISI DEL CONTESTO INTERNO/ESTERNO
- CONTESTO ESTERNO
- POPOLAZIONE
- CONTESTO INTERNO
- COSA FACCIAMO
- ASSISTENZA TERRITORIALE
- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- ASSISTENZA OSPEDALIERA
- IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
- IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

<b>SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>
---

<b>2.1 Sottosezione di programmazione <i>Valore pubblico</i></b>
--

- VALORE PUBBLICO

<b>2.2. Sottosezione di programmazione <i>Performance</i></b>
---

- LA PROGRAMMAZIONE DEGLI OBIETTIVI
- AREE STRATEGICHE DI RISULTATO
- GLI OBIETTIVI STRATEGICI E ORGANIZZATIVI 2022
- LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI AL PROCESSO DI PERFORMANCE
- DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

**2.3 Sottosezione di programmazione *Rischi corruttivi e trasparenza***

- 2.3.1. CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE
- 2.3.2. OGGETTO E FINALITA'
- 2.3.3. ANALISI DI CONTESTO
  - 2.3.3.1 CONTESTO ESTERNO
  - 2.3.3.2 CONTESTO INTERNO
- 2.3.4. I PROTAGONISTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
  - 2.3.4.1 LA DIREZIONE AZIENDALE
  - 2.3.4.2 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
  - 2.3.4.3 I DIRIGENTI
  - 2.3.4.4 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE E ALTRI ORGNI DI CONTROLLO INTERNO
  - 2.3.4.5 L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI
  - 2.3.4.6 IL RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE
  - 2.3.4.7 IL PERSONALE DIPENDENTE E I COLLABORATORI DELL'AZIENDA
  - 2.3.4.8 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RSA) E SOGGETTO GESTORE PER L'ANTIRICICLAGGIO.
- 2.3.5. VALUTAZIONE DEL DIVERSO LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI CORRUZIONE DELL'ARTICOLAZIONI AZIENDALI –INDIVIDUAZIONE DELLA ATTIVITA' A RISCHIO.
- 2.3.6. CODICE DI COMPORTAMENTO GENERALE E CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA ASL N°1 DI SASSARI.
- 2.3.7. MISURE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE
  - 2.3.7.1 ROTAZIONE DEI DIPENDENTI
  - 2.3.7.2 CRITERI PER LA ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE
  - 2.3.7.3 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE DIRIGENZIALE
  - 2.3.7.4 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE
  - 2.3.7.5 ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE
  - 2.3.7.6 TEMPISTICA ED IMMEDIATEZZA DEL PROVVEDIMENTO DI EVENTUALE ADOZIONE DELLA ROTAZIONE STRAORDINARIA
  - 2.3.7.8 DURATA DELLA ROTAZIONE
  - 2.3.7.9 IL RAPPORTO TRA ROTAZIONE STRAORDINARIA E TRASFERIMENTO D'UFFICIO IN CASO DI RINVIO A GIUDIZIO
- 2.3.8. GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSE
- 2.3.9. FORMAZIONE DI COMMISSIONI E ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
- 2.3.10. NUOVO ART.35 BIS D. LGS 165/2001
- 2.3.11. INCOMPATIBILITA'/INCONFERIBILITA' INCARICHI
  - 2.3.11.1 SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO - ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI
  - 2.3.11.2 .REVOLVING DOOR-PANTOUFLAGE
- 2.3.12. PATTO D'INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI
- 2.3.13. TRASPARENZA E PUBBLICAZIONE DEGLI ATTI
- 2.3.14. AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE
- 2.3.15. POTENZIAMENTO SISTEMA DI TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)
- 2.3.16. PROCEDURE PER LA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI
  - 2.3.16.1 OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
- 2.3.17. COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE
- 2.3.18. MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DEL PIANO
- 2.3.19. RESPONSABILITÀ IN CASO DI VIOLAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
- 2.3.20. IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

**SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....****3.1 Sottosezione di programmazione *Struttura organizzativa***

- STRUTTURA ORGANIZZATIVA
- ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

**3.2 Sottosezione di programmazione *Organizzazione del lavoro agile***

- QUADRO NORMATIVO – NORME DI RIFERIMENTO
- FASE EMERGENZIALE
- CONDIZIONALITA' DEL LAVORO AGILE
- MODALITA' ATTUATIVE
- GLI OBIETTIVI DEL LAVORO AGILE
- FATTORI ABILITANTI – SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE
- DOMANDA DI ACCESSO AL LAVORO AGILE
- ACCORDO INDIVIDUALE
- LUOGHI DI LAVORO
- ORARIO DI LAVORO E DISCONNESSIONE
- DOTAZIONE TECNOLOGICA
- RISERVATEZZA PRIVACY E SECURITY
- FORMAZIONE, COMUNICAZIONE E SUPPORTO
- POTERE DIRETTIVO, DICONTRULLO E DISCIPLINARE
- SICUREZZA SUL LAVORO

**3.3. Sottosezione di programmazione *Piano triennale dei fabbisogni di personale***

RINVIO DELLA PREDISPOSIZIONE DEL P..T.F.P. ALL'APPROVAZIONE DEL BILANCIO ECONOMICO PREVISIONALE 2022/2024

**FORMAZIONE DEL PERSONALE**

PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2022

RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI

IL PROGRAMMA FORMATIVO DELLA ASL DI SASSARI PER L'ANNO 2022

**SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

## PREMESSA

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che, le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.).

Anche le Aziende Sanitarie Locali, in qualità di pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, per l'anno in corso entro il 30 aprile 2022 adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190. Il P.I.A.O. ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici di performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 stabilendo il necessario collegamento dei risultati della performance individuale alla performance organizzativa;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del *project management*, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al Piano triennale dei fabbisogni del personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione;
- e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla

tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198 (efficienza amm.ni e concessionari servizi pubblici).

## **SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE**

### **ISTITUZIONE DELLA ASL N°1 DI SASSARI.**

L'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari, il cui ambito territoriale è coincidente con quello dell'Azienda sanitaria locale n°1 di Sassari, oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 nell'Azienda per la tutela della salute (ATS), è stata istituita ai sensi dell'art.9 della L.R. n°24/2020 ed è attiva dal 1 gennaio 2022, a seguito del completamento del processo di riforma in applicazione della succitata Legge Regionale, con la quale è stata ridefinita l'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale.

La riforma persegue principi di equità ed universalità mediante disposizioni finalizzate a:

- a) garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio regionale;
- b) affermare il diritto fondamentale dell'individuo e l'interesse della collettività alla efficiente ed efficace tutela della salute;
- c) garantire la progressiva riduzione dei tempi d'attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie al fine di raggiungere la tempestività dei servizi erogati dal Servizio sanitario regionale;
- d) avvicinare sensibilmente al cittadino e ai territori l'erogazione di tutte le prestazioni socio-sanitarie che non necessitino di percorsi di cura ospedalieri, soprattutto mediante una riorganizzazione complessiva della medicina territoriale;

- e) riorganizzare la rete ospedaliera preservando le strutture utili alla produzione di servizi nei territori;
- f) definire l'assetto istituzionale e organizzativo delle aziende sanitarie locali avendo riguardo alla particolare conformazione orografica della Sardegna, ai limiti della viabilità ed alle peculiari condizioni demografiche e del tessuto abitativo;
- g) garantire l'uniforme miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- h) adottare il metodo della prevenzione, anche attraverso la promozione di corretti stili di vita con particolare riguardo all'attività motoria, alla pratica sportiva e all'educazione alimentare e ambientale;
- i) integrare forme innovative di assistenza come la telemedicina e favorire una sinergia virtuosa tra medicina del territorio e rete delle farmacie.

L'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari, con propria personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione, assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto disposto dalla LR 24/2020 in ordine agli altri enti previsti dall'articolo 2 della medesima Legge.

## **MISSION**

L'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari, ai sensi della LR 24 del 11/09/2020 attua il principio costituzionalmente garantito di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, realizzando le finalità del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario. In questa prima fase di implementazione e completa attivazione dell'Azienda sanitaria l'obiettivo generale fondamentale risulta essere la predisposizione del'Atto Aziendale secondo le linee di indirizzo che la Giunta Regionale sta procedendo ad approvare e che comunque dovrebbero essere finalizzate a promuovere:

- a) la valorizzazione del coinvolgimento responsabile dei cittadini, degli operatori e degli utenti nelle questioni concernenti la salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;
- b) la valorizzazione delle ASL quali elementi costitutivi e strumenti operativi del Servizio sanitario regionale all'interno del quale cooperano per la realizzazione degli obiettivi di salute;
- c) la definizione di un assetto organizzativo delle ASL che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, prevedendo in particolare l'articolazione in distretti;

- d) la specificazione delle funzioni della direzione aziendale, affiancata dai direttori di distretto socio-sanitario, in ordine alla garanzia della compatibilità tra il programma sanitario annuale e la disponibilità delle risorse finanziarie, al controllo e alla verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore di prestazioni e servizi, allo sviluppo del sistema di programmazione e controllo di cui al titolo IV;
- e) la specificazione delle principali funzioni del direttore sanitario, del direttore amministrativo, del direttore dei servizi socio-sanitari, del direttore di presidio ospedaliero, del direttore di dipartimento, del direttore di distretto socio-sanitario, dei direttori dei servizi delle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica), del collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, del consiglio delle professioni sanitarie;
- f) la scelta del dipartimento come modello ordinario di gestione operativa, a livello aziendale o interaziendale, di tutte le attività delle aziende, dotato di autonomia tecnico-professionale e di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti;
- g) la definizione degli organi del dipartimento;
- h) l'individuazione dei servizi e delle strutture che devono essere aggregati in dipartimenti e i motivi che giustificano la costituzione dei dipartimenti stessi, tenuto conto, a tal fine, delle dimensioni demografiche, territoriali ed economiche dell'azienda e in funzione degli obiettivi e delle strategie aziendali;
- i) le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni o l'individuazione di ulteriori responsabilità limitatamente ai servizi di nuova istituzione;
- j) la valorizzazione della funzione di governo delle attività cliniche o governo clinico, comprensiva della collaborazione multiprofessionale e della responsabilizzazione e partecipazione degli operatori, in particolare in relazione ai principi di efficacia, appropriatezza ed efficienza;
- k) le modalità di raccordo con l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente della Sardegna (ARPAS) e con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna.

#### **PROCEDURA DI APPROVAZIONE P.I.A.O.**

Il percorso procedurale di adozione del PIAO risulta regolamentato dal D.L. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, che prevedeva, entro centoventi giorni dalla sua entrata in vigore (8 ottobre 2021) che:

- con uno o più D.P.R., sarebbero stati individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO;
- sarebbe stato adottato, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, un “PIAO tipo”, quale strumento di supporto per le P.A.

Il successivo D.L. del 30 dicembre 2021, n. 228 - Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (c.d. Milleproroghe) – ha modificato il predetto percorso, disponendo che:

- limitatamente all’anno 2022, il termine di adozione del PIAO, fissato al 31 gennaio, è prorogato al 30 aprile 2022;
- sono differiti al 31 marzo 2022 i termini previsti per l’emanazione di uno o più decreti del Presidente della Repubblica per individuare e abrogare gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al D.L. 80/2021 e per l’adozione, con Decreto Ministeriale, del “PIAO tipo”;
- fino al termine del 30 aprile 2022 è esclusa l’applicazione delle sanzioni previste dalle seguenti disposizioni:
  - a) articolo 10, comma 5, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
  - b) articolo 14, comma 1, della Legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
  - c) articolo 6, comma 6, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (Piano del fabbisogno del personale)».

Da ultimo il Decreto-Legge 30 aprile 2022, n. 36 “Ulteriori misure urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). (22G00049) (GU Serie Generale n.100 del 30-04-2022) ha previsto, all’art.7 comma 1, (Ulteriori misure urgenti abilitanti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza , che il termine per l’approvazione del PIAO sia differito per l’anno 2022 al 30 giugno 222, apportando specifica modifica all’articolo 6, comma 6-bis.

Con riferimento specifico, poi, al Piano anticorruzione-trasparenza, il Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), con Delibera n. 1 del 12 gennaio 2022, ha differito al 30 aprile 2022 il termine di cui all’art. 1, comma 8 Legge 190/2012 per la presentazione del Piano 2022-2024. Tale disposizione trova fondamento nella necessità che le scadenze in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione siano coerenti con il sistema che il legislatore ha, da ultimo, inteso delineare, tenuto conto altresì del perdurare dello stato di emergenza sanitaria di contenimento della diffusione dell’epidemia da COVID-19 al 31.03.2022.



L'ANAC, nel rilevare l'opportunità che ciascuna amministrazione proceda all'adozione del Piano anche anticipatamente al predetto termine del 30 aprile, ha avuto cura di emanare gli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza approvati dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022 ed illustrati nel webinar tenutosi nella medesima data, specificando che trattasi di direttive che non subiranno modifiche a seguito dei predetti emanandi decreti del Presidente della Repubblica. Nel contempo, la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari giuridici e legislativi, con nota prot. 665 del 25 febbraio 2022, ha inviato alla Conferenza Unificata, ai fini dell'acquisizione dell'intesa, lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica recante "Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'articolo 6, comma 5, del decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113". In data 2 febbraio 2022 è stata acquisita l'intesa della Conferenza Unificata.

La disciplina del percorso procedurale si completa con il sistema delle sanzioni.

Se il Piano è omesso o assente, infatti, saranno applicate le seguenti sanzioni previste dall'art. 10, comma 5, del D.Lgs. 150/2009:

- a) divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risulteranno avere concorso alla mancata adozione del PIAO;
- b) il divieto di assumere e affidare incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati.

A queste, si aggiunge anche la sanzione amministrativa da 1.000 a 10.000 euro prevista dall'articolo 19, comma 5, lettera b), del D.L. 90/2014, riferita alla mancata approvazione della programmazione anticorruzione.

## **FASE TRANSITORIA**

La ASL n°1 di Sassari, nelle more della compiuta definizione delle modalità di esecuzione della citata normativa con l'approvazione dei modelli tipo in corso di approvazione da parte del Ministero, aveva già provveduto a dotarsi sia del Piano preliminare delle Performance anno 2020 (deliberazione n°64 del 28.02.2022) che del "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza" (Delibera n°165 del 29.04.2022, predisposti in via preliminare e transitoria, In questa fase inoltre ritiene opportuno procedere, in applicazione delle disposizioni attualmente vigenti, alla predisposizione e approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022 (P.I.A.O.) in quanto documento strategico fondamentale per la gestione delle attività dell'Azienda, indispensabile per procedere comunque, anche in una fase evolutiva di attivazione e implementazione complessiva dell'Azienda, all'identificazione e possibile realizzazione in tempi congrui delle attività di

riorganizzazione previste per l'anno 2022.

La ASL di Sassari provvederà ad integrare e/o modificare il presente documento a seguito delle future ulteriori disposizioni normative e direttive nazionali e regionali che interverranno in materia.

Procederà, inoltre, ad adottare con specifico separato provvedimento il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale contenuto nella Sezione 3 del PIAO, in quanto non risulta ancora possibile formulare un piano di reclutamento in assenza di linee guida dettagliate della Regione e in una fase di completa riorganizzazione dell'Azienda che dovrà implementare nel corso dell'anno e nel futuro prossimo delle sue funzioni anche in raccordo con ARES Sardegna, Azienda di supporto tecnico amministrativo a livello regionale. In sede di monitoraggio, avrà cura di introdurre nella medesima Sezione le eventuali modifiche ed integrazioni richieste dall'Organo Regionale.

## ***ANALISI DEL CONTESTO INTERNO/ESTERNO.***

### **Contesto esterno**

L'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari attua il principio costituzionalmente garantito di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, realizzando le finalità del Servizio Sanitario Regionale. Nell'ambito territoriale di sua competenza assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

Appartengono alla Asl di Sassari i seguenti comuni, suddivisi nei 3 Distretti Sanitari di Sassari, Alghero e Ozieri:

**Distretto di Sassari:** Bulzi, Cargeghe, Castelsardo, Chiaramonti, Codrongianos, Erula, Florinas, Laerru, Martis, Muros, Nulvi, Osilo, Ossi, Perfugas, Ploaghe, Porto Torres, Santa Maria Coghinas, Sassari, Sadini, Sennori, Sorso, Stintino, Tergu, Tissi, Usini, Valledoria, Viddalba.

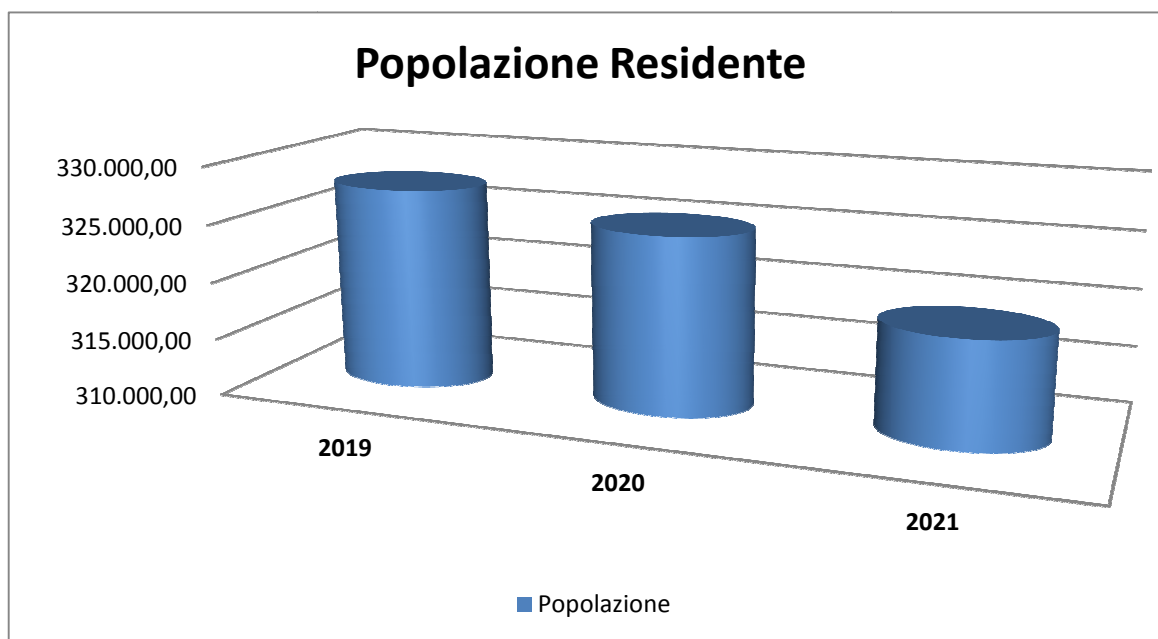
**Distretto di Alghero:** Alghero, Banari, Bessude, Bonnanaro, Bonorva, Borutta, Cheremule, Cossoine, Giave, Ittiri, Mara, Monteleone Rocca Doria, Olmedo, Padria, Pozzomaggiore, Putifigari, Romana, Semestene, Siligo, Thiesi, Torralba, Uri, Villanova Monteleone.

**Distretto Ozieri:** Anela, Ardara, Benetutti, Bono, Bottidda, Bultei, Burgos, Esporlatu, Illorai, Ittireddu, Mores, Nughedu San Nicolò, Nule, Ozieri, Pattada, Tula.

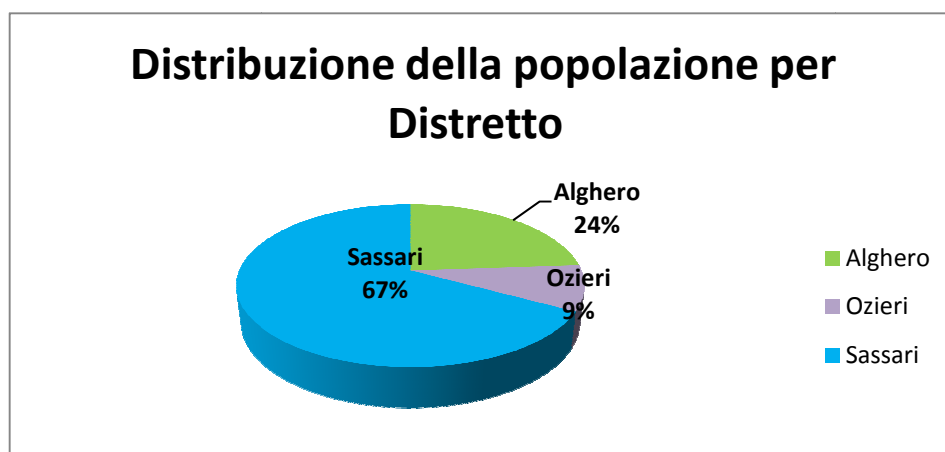


### Popolazione

La popolazione alla data del (01.01.2021) del territorio di competenza dell'Azienda socio-sanitaria Locale di Sassari è pari a 319.082 di cui 155.545 maschi e 163.537 femmine. Negli ultimi tre anni si evidenzia un calo demografico e una decrescita della popolazione residente.



La maggior parte della popolazione è residente nei grandi centri soprattutto nella città di Sassari in cui Distretto accorpa il 67% della popolazione.



La fascia d'età più popolosa è quella dei 40\_60 anni si riporta la tabella della popolazione suddivisa per fasce d'età.

Fascia età	Distretto di Alghero	%Distretto Alghero	Distretto di Ozieri	%Distretto Ozieri	Distretto di Sassari	%Distretto Sassari
0_20	11.526,00	15,10%	4.814,00	16,76%	35.391,00	16,54%
21_40	15.167,00	19,86%	6.353,00	22,12%	44.275,00	20,69%
41_60	24.667,00	32,31%	8.264,00	28,78%	69.856,00	32,64%
61_80	19.286,00	25,26%	7.111,00	24,76%	51.287,00	23,96%
over 80	5.705,00	7,47%	2.175,00	7,57%	13.205,00	6,17%
<b>Totale</b>	<b>76.351,00</b>	<b>100%</b>	<b>28.717,00</b>	<b>100%</b>	<b>214.014,00</b>	<b>100%</b>

L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni ed è pari a 217% rispetto ad una media nazionale di 182%. Di seguito di riportano i dati suddivisi per distretto.

Fascia età	Distretto di Alghero	Distretto di Ozieri	Distretto di Sassari
0-14	7.782	3.192	23.897
over 65	19.306	7.201	49.298
<b>Indice di Vecchiaia</b>	<b>248,09%</b>	<b>225,60%</b>	<b>206,29%</b>

La popolazione straniera risulta il 6% della popolazione residente stabile nel triennio di riferimento se rapportato al decremento demografico

Anno	2019	2020	2021
<b>Distretto di Alghero</b>	5.286	5.352	4.742
<b>Distretto di Ozieri</b>	1.182	1.156	1.006
<b>Distretto di Sassari</b>	14.430	14.560	13.232
<b>Totale</b>	20.898	21.068	18.980

## Contesto interno

### Cosa facciamo

#### ➤ Assistenza Territoriale

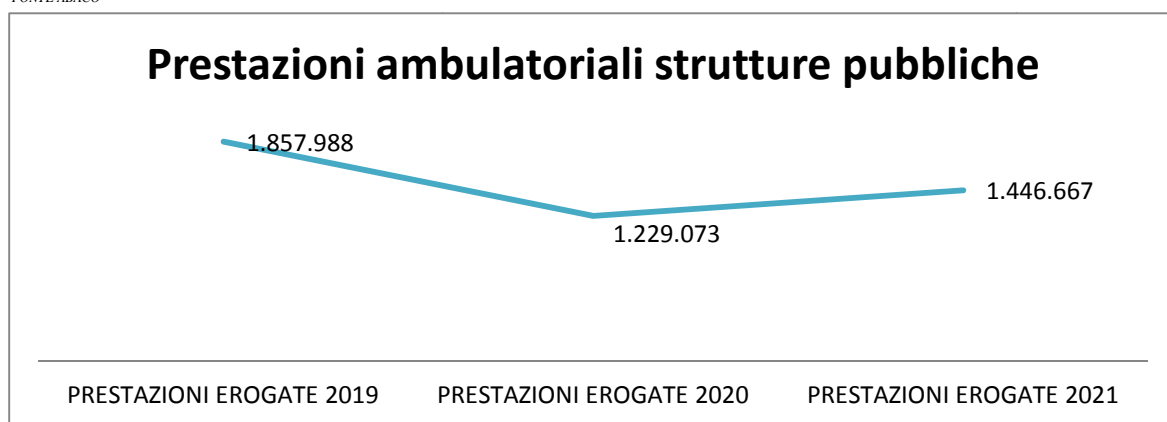
Per quanto concerne l'attività ambulatoriale pubblica i dati del 2021 non ancora consolidati mostrano un trend positivo rispetto al 2020 in considerazione anche della riattivazione degli ambulatori in sicurezza nel rispetto dei protocolli covid.

L'azienda opera mediante presidi a gestione diretta e strutture convenzionate. La tipologia e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

STRUTTURE PUBBLICHE*			
BRANCA	PRESTAZIONI EROGATE 2019	PRESTAZIONI EROGATE 2020	PRESTAZIONI EROGATE 2021
01 - Anestesia	1.069	359	283
02 - Cardiologia	66.300	29.591	32.917
03 - Chirurgia Generale	5.578	1.455	1.807
04 - Chirurgia Plastica	537	248	286
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.564	530	710
06 - Dermosifilopatia	11.915	4.493	4.401
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	83.828	47.295	68.107
09 - Endocrinologia	35.566	18.187	21.076
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	5.066	2.134	2.375
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche Immunotrasfusionale	1.354.768	971.410	1.162.239
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione -	47.811	16.711	17.735
13 - Nefrologia	31.102	34.515	25.429
14 - Neurochirurgia	147	10	21
15 - Neurologia	25.037	6.648	12.848
16 - Oculistica	38.884	15.721	18.770

17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	11.170	2.937	2.165
18 - Oncologia	16.878	13.846	11.089
19 - Ortopedia E Traumatologia	20.510	9.400	8.730
20 - Ostetricia E Ginecologia	9.613	6.342	7.537
21 - Otorinolaringoiatria	22.606	8.837	9.514
22 - Pneumologia	11.491	4.868	6.528
23 - Psichiatria	22.563	11.394	11.003
24 - Radioterapia	3	2	3
25 - Urologia	8.775	3.640	4.555
26 - Altre Prestazioni*	25.207	18.500	16.539
<b>TOTALE</b>	<b>1.857.988</b>	<b>1.229.073</b>	<b>1.446.667</b>

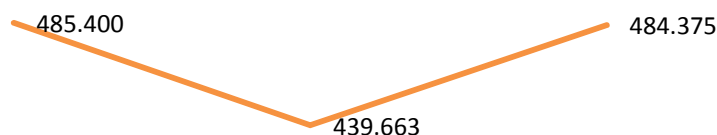
\*FONTE ABACO



STRUTTURE CONVENZIONATE*			
SPECIALISTICA AMBULATORIALE BRANCA	PRESTAZIONI EROGATE 2019	PRESTAZIONI EROGATE 2020	PRESTAZIONI EROGATE 2021
01 - Anestesia	4.278	3.565	3.704
02 - Cardiologia	19.895	17.910	14.729
03 - Chirurgia Generale	775	834	44
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	84	47	96
06 - Dermosifilopatia	754	28	
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	37.381	29.253	19.930
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	2.221	2.269	1.256
11 - Lab. Analisi e immunotrasfusionale	311.186	309.886	371.466
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione	76.723	58.126	62.236
15 - Neurologia	1.391	299	
16 - Oculistica	9.120	4.598	128
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	10.356	7.871	7.557
19 - Ortopedia E Traumatologia	6.683	3.774	2.422
20 - Ostetricia E Ginecologia	380	50	
21 - Otorinolaringoiatria	4.173	1.153	694
26 - Altre Prestazioni*			113
<b>TOTALE</b>	<b>485.400</b>	<b>439.663</b>	<b>484.375</b>

\*FONTE ABACO

## Prestazioni ambulatoriali strutture convenzionate



PRESTAZIONI EROGATE  
2019

PRESTAZIONI EROGATE  
2020

PRESTAZIONI EROGATE  
2021

### STRUTTURE CONVENZIONATE

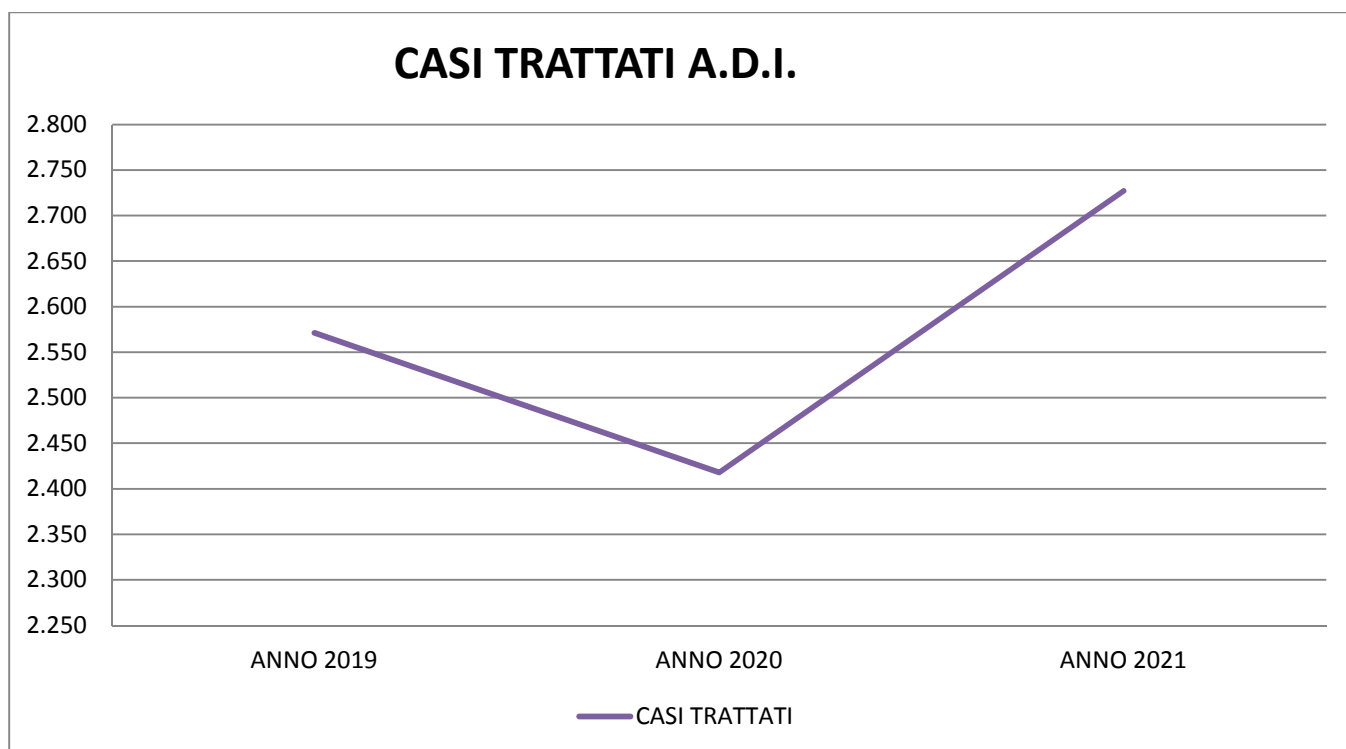
Centro Iperbarico Sassarese S.R.L. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Di Audiometria E Audioprotesi Della Dott.Ssa Maria Antonietta Serra Sassari (090064 - Sassari)
Studio Dentistico Ventura S.R.L.S Del Dott. Gianfranco Ventura Sassari (090064 - Sassari)
Studio Di Fisioterapia Dott.Ssa Paola Sardara Sassari (090064 - Sassari)
Studio Medico Chirurgico Odontoiatrico Dr. Pierluigi Allena Sassari (090064 - Sassari)
Laboratorio Analisi Leonardi Di Alberto Leonardi & C. S.A.S.-Porto Torres (090058 - Porto Torres)
Laboratorio Di Analisi Pasubio Sas Della Dott.Ssa Daniela Chessa E C.-Sassari (090064 - Sassari)
Struttura Sanitaria Di Fisiocinesiterapia Studio Beta Di Ugo D'Alessandro-Sassari (090064 - Sassari)
Studio Di Ortopedia E Traumatologia Dott. Alicandri Gaetano Di Alicandri Silvia & C. S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Poliambulatorio Servizi Salute Benessere S.R.L. Sassari (090064 - Sassari)
Centro Fisioterapico S.R.L. Di Desole Teresa Sassari (090064 - Sassari)
Ambulatorio Di Fisiokinesiterapia Ares Medical Center S.R.L. Di Fumu Elisabetta Sassari (090064 - Sassari)
Laboratorio Analisi Lab Nord S.A.S. Di Cavaglieri Maria Sassari (090064 - Sassari)
Laboratorio Analisi L.A.P. Srl Porto Torres (090058 - Porto Torres)
Laboratorio Analisi Sassarese S.R.L. L.A.S. Di Grixoni Gian Pietro - Sassari (090064 - Sassari)
Studio Cardiologico Marongiu Antonio Maria S.R.L. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Cardiologico Dott. Gianfranco Pittalis E C. S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Radiologico Ecografico Mulas Del Dott. Massimo Fiocca & C. S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Radiodiagnostica Srl Di Franco Urigo - Via Torino 26 Sassari (090064 - Sassari)
Studio Radiodiagnostica Srl Di Franco Urigo -Via Galleri 1 Sassari (090064 - Sassari)
Studio Dentistico Dott. Gian Franco Luigi Ventura S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Laboratori Clinical'S S.R.L.-Alghero (090003 - Alghero)
Struttura Di Rieducazione Motoria Societa' Tamponi F.K.T. Turritana S.R.L. Ittiri (090033 - Ittiri)
Studio Medico Laser Chirurgia Ambulatoriale Srl Di Nemati Fard Mohammad-Sassari (090064 - Sassari)
Centro Di Fisiokinesiterapia E Ortopedia Ditta Medicasa Del Dott. Alberto Mura Porto Torres (090058 - Porto Torres)
Policlinico Sassarese - Labor S.P.A (090064 - Sassari)

\*FONTE ABACO

➤ **Assistenza Domiciliare Integrata**

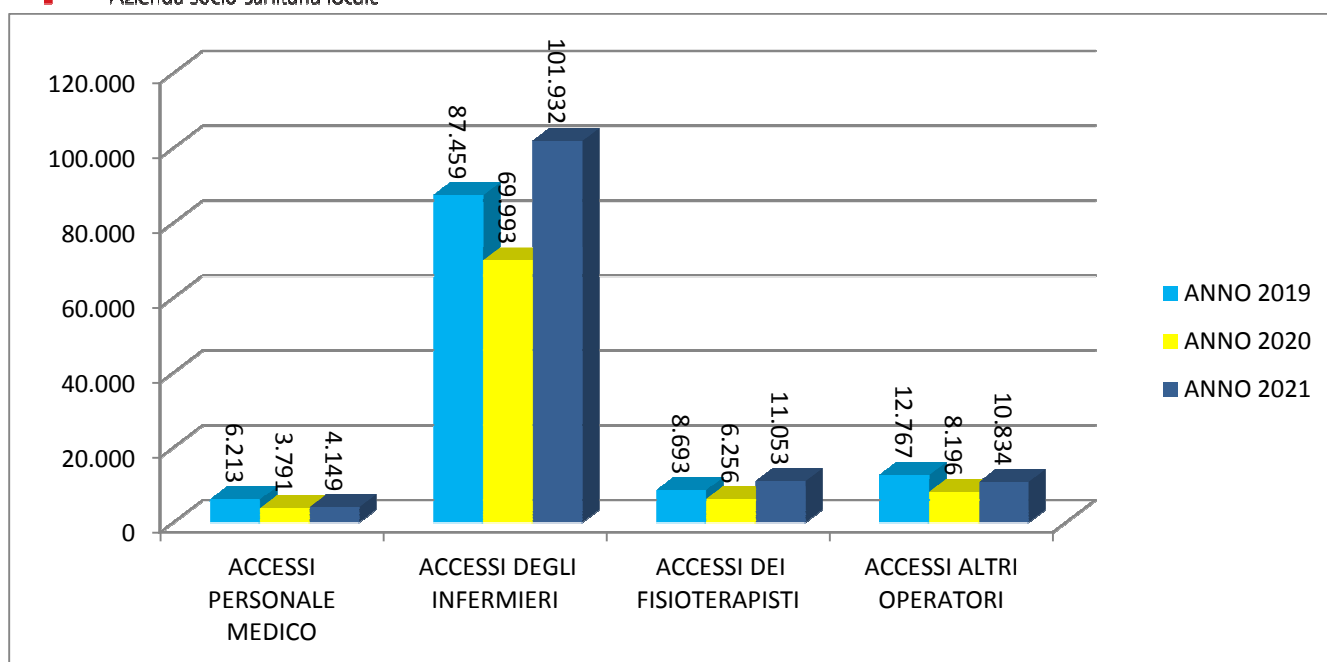
L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è un insieme di servizi e interventi socio sanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione. Ha l'obiettivo di evitare, per quanto possibile, il ricovero del paziente in ospedale o la sua collocazione in una struttura residenziale.

Il numero dei pazienti assistiti in ADI presi in carico nel triennio di riferimento 2019-2021, denota un sostanziale incremento di attività; infatti si è passati da 2.571 casi trattati nel 2019 a 2.727 casi trattati nel 2021 anche in presenza dell'emergenza COVID 19.



Nel triennio preso in esame gli accessi effettuati dai professionisti maggiormente coinvolti sono passati da 115.000 a 127.968. la componente infermieristica è la maggiormente coinvolta in quanto integrata sia con gli altri operatori che in attività esclusiva di nursing come evidenzia il trend nazionale.





### ➤ Assistenza Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è erogata dalle strutture ospedaliere di Alghero e Ozieri che insieme all'Azienda Ospedaliera Universitaria, copre tutto il fabbisogno assistenziale del territorio della ASL di Sassari.

I posti letto medi attuali (aggiornamento al 31/12/2021) sono 313 di cui 49 in day hospital, così suddivisi

TIPO PL	2020	2021
PL MEDI DEGENZA ORDINARIA	269	264
PL MEDI DEGENZE DAY HOSPITAL	52	49
<b>TOTALE</b>	<b>321</b>	<b>313</b>

\*FONTE ADT

DISCIPLINA	2020				2021			
	PL ORD AHO	PL DH AHO	PL ORD OZ	PL DH OZ	PL ORD AHO	PL DH AHO	PL ORD OZ	PL DH OZ
Chirurgia generale	18	1	9	1	35	1	9	1
Medicina generale	58	17	31	2	36	17	31	2
Nefrologia			4	1			4	1
Nido	10				10			
Neurologia			10	2			10	1
Oculistica		2		3		2		1
Ortopedia e traumatologia	21	4	15	1	21	4	15	1
Ostetricia e ginecologia	13	1	5	1	13	1		
Otorinolaringoiatria	9				3			

Pediatria	8	2	0	2	8	2		1
Psichiatria					16	2		
Urologia	6	2			5	2		
Terapia intensiva	2				6			
Recupero e riabilitazione funzionale	15	5			15	5		
Lungodegenti	18				11			
Lungodegenti	17				17			
Oncologia		5				5		
<b>TOTALE</b>	<b>195</b>	<b>39</b>	<b>74</b>	<b>13</b>	<b>195</b>	<b>41</b>	<b>69</b>	<b>8</b>

\*FONTE ABACO

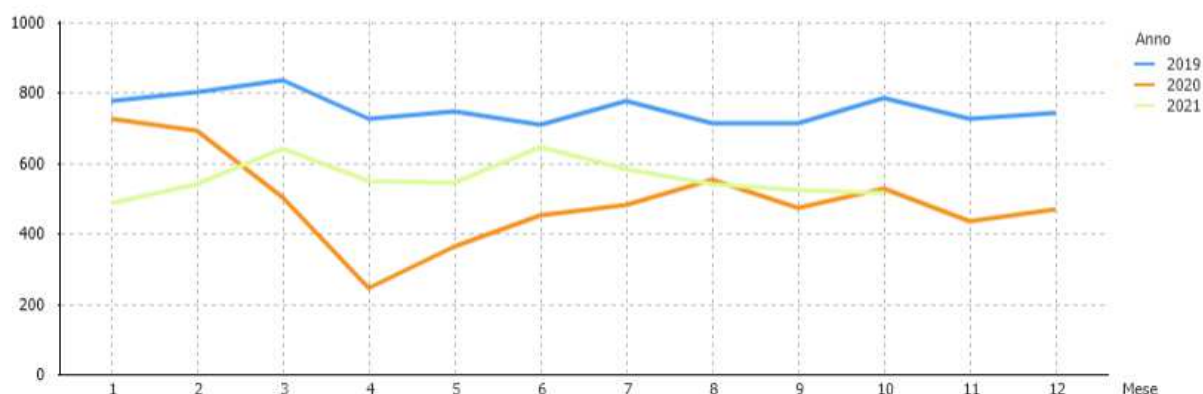
L'attività ospedaliera del 2020 ha subito un calo dovuto alla gestione della pandemia COVID 19 con la sospensione delle attività in elezione, la riorganizzazione dei presidi ospedalieri con le nuove direttive in materia di sicurezza e il limitato accesso alle prestazioni dovute alle restrizioni imposte dalle direttive governative.

Si rappresentano i dati degli ultimi 3 anni, precisando che il 2021 è aggiornato al mese di ottobre perciò si evidenzia una ripresa dell'attività nel 2021.

STABILIMENTO	RICOVERI ORDINARI								
	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2021	2021	2021
	Dimessi	Giornate	Valore	Dimessi	Giornate	Valore	Dimessi	Giornate	Valore
OSPEDALE CIVILE OZIERI	3.415	20.480	9.712.468	2.094	15.421	6.334.581	2.129	15.569	6.036.123
OSPEDALE CIVILE ALGHERO	5.042	42.393	12.070.109	3.390	30.514	8.618.895	2.859	25.240	6.990.275
OSPEDALE MARINO ALGHERO	583	9.497	2.654.812	446	8.154	2.370.469	614	8.968	3.177.909
	<b>9.040</b>	<b>72.370</b>	<b>24.437.389</b>	<b>5.930</b>	<b>54.089</b>	<b>17.323.945</b>	<b>5.602</b>	<b>49.777</b>	<b>16.204.307</b>

\*FONTE ABACO

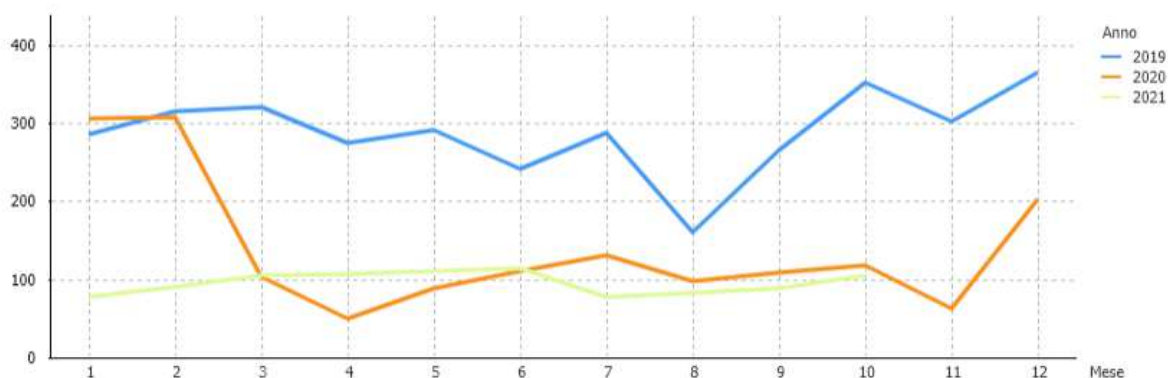
## RO - Dimessi per mese



STABILIMENTO	DAY HOSPITAL								
	2019			2020			2021		
	Dimessi	Giornate	Valore	Dimessi	Giornate	Valore	Dimessi	Giornate	Valore
OSPEDALE CIVILE OZIERI	1.562	2.226	2.513.017	509	1.095	892.399	179	243	234.065
OSPEDALE CIVILE ALGHERO	760	2.577	1.218.217	430	1.700	680.904	133	487	199.459
OSPEDALE MARINO ALGHERO	1.135	2.266	1.887.087	744	1.432	1.288.321	646	1.290	1.155.229
	<b>3.457</b>	<b>7.069</b>	<b>5.618.321</b>	<b>1.683</b>	<b>4.227</b>	<b>2.861.624</b>	<b>958</b>	<b>2.020</b>	<b>1.588.754</b>

\*FONTE ABACO

## DH - Dimessi per mese



Per quanto concerne l'attività ambulatoriale pubblica i dati del 2021 sono aggiornati al mese di ottobre e mostrano un trend positivo rispetto al 2020 in considerazione anche della riattivazione degli ambulatori in sicurezza nel rispetto dei protocolli covid.

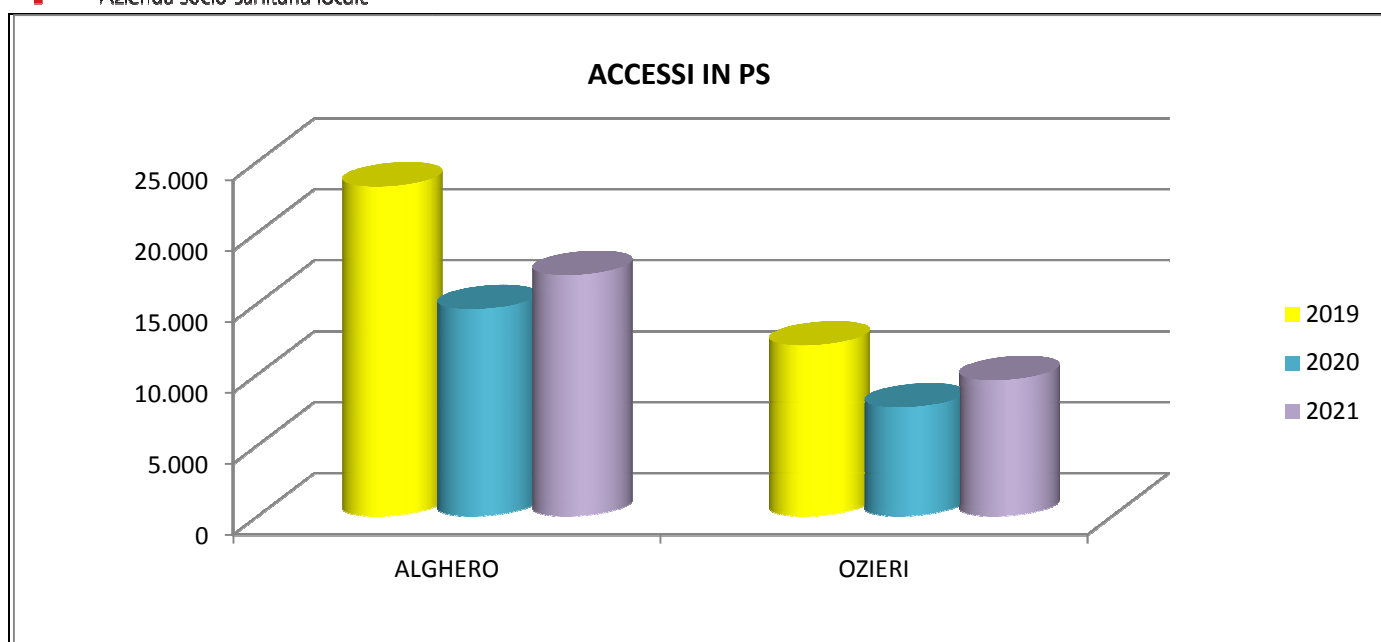
Anno	2019		2020		2021	
TIPO STRUTTURA	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore prestazioni	Prestazioni	Valore prestazioni
PRIVATO	487.683	€ 5.846.191	439.841	€ 6.093.813	345.529	€ 3.712.311
PUBBLICO	1.951.681	€ 26.008.045	1.282.701	€ 17.591.950	1.330.215	€ 16.897.985

\*FONTE ABACO

La riduzione degli accessi in Pronto soccorso (PS) durante la prima fase pandemica è documentata in tutto il mondo, riportando spesso esperienze di singoli ospedali, specifiche patologie o target di popolazione.

Nel corso dell'anno 2020 nei pronti soccorsi della ASL di Sassari si è registrata una riduzione percentuale di circa il 37% rispetto ai dati del 2019 utilizzati come target, lo scostamento nel 2021 utilizzando il target di riferimento è stato del 24%

ACCESSI IN PS			
AREA	ANNO		
	2019	2020	2021
ALGHERO	23.210	14.567	16.973
OZIERI	12.020	7.646	9.568



### ➤ Il Dipartimento di Prevenzione

Nell'Azienda Sanitaria l'attività di prevenzione è di competenza del Dipartimento di Prevenzione, struttura preposta alla promozione della tutela della salute della popolazione, del patrimonio zootecnico e della salute animale, che svolge funzioni rivolte direttamente alla comunità e all'ambiente di vita e di lavoro.

Il Dipartimento persegue direttamente obiettivi di:

- ✓ profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- ✓ tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- ✓ tutela igienico-sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- ✓ tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- ✓ sanità pubblica veterinaria;
- ✓ tutela della salute nelle attività sportive.

Di seguito si riportano i dati relativi all'anno 2019.

PERIODO	LAVORATORI CONTROLLATI	LAVORATORI CONTROLLATI APPROPRIATI MINORI	INDAGINI PER INFORTUNI	INDAGINI PER MALATTIE	AZIENDE INTERESSATE	AZIENDE CON INTERVENTI DI VIGILANZA	INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE	STUDI EPIDEMIOLOGICI	CAMPAGNE DI SCREENING	RESIDENTI VACCINATI	PARERI RICHIESTI	PARERI ESPRESSI
2019	614	3	47	10	3911	1495	95	0	3	1958	227	227
Δ	-62	2	9	-169	3380	876	48	-1	0	-131	191	191

ASSL	Anno	Attività	Screening Cervice Uterina*	Screening Mammografico**	Screening Colon Retto***
SASSARI	2019	Inviti al 1° livello	6.242	18.659	2.850
		Adesioni	3.590	7.306	890
		Tasso di adesione	57,51%	39,16%	31,23%
	2018	Inviti al 1° livello	29.868	13.837	32.208
		Adesioni	11.280	5.315	8.491
		Tasso di adesione	37,77%	38,41%	26,36%
	Delta	Tasso di adesione	52,29%	1,94%	18,45%

### ➤ Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) rappresenta l'articolazione della Azienda preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio e del disturbo psichico dei cittadini. Il Dipartimento sviluppa, inoltre, funzioni, attività e processi per il trattamento, il reinserimento e la prevenzione sia dei problemi patologici correlati all'uso di sostanze psicotrope legali e illegali, sia dei comportamenti assimilabili e correlati (disturbi dell'alimentazione e nutrizione, gioco d'azzardo, videodipendenze, etc.). Il DSMD è il riferimento del sistema integrato di strutture, presidi e operatori aziendali che programma, promuove, attua, coordina e valuta le attività di prevenzione, cura, riabilitazione a favore degli assistiti, contribuendo all'integrazione sociosanitaria. Esso è preposto alla promozione, prevenzione sui gruppi a più alto rischio, diagnosi, cura e riabilitazione, in una dimensione organizzativa interdistrettuale. Opera, inoltre, in aree prioritarie di intervento, quali quelle riguardanti:

- Disturbi psichici gravi all'esordio e salute mentale nell'adolescenza e nella giovane età adulta;
- Disturbi psichici correlati con le dipendenze patologiche e comportamenti d'abuso;
- Disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva e nell'adulto.

Le attività del dipartimento sono svolte a livello territoriale e ospedaliero; le prime sono organizzate in strutture di assistenza territoriale psichiatrica (CSM), nel SerD, nella psichiatria forense e nei disturbi dell'alimentazione; le seconde in reparto ospedaliero che assicurano ricoveri (SPDC)

Di seguito sono riportati i dati di attività delle strutture territoriali

STRUTTURA	PAZIENTI IN CARICO
CSM SASSARI	3.250
CSM ALGHERO OZIERI	1.322
SERD	2.690
CSM OLBIA	3.260
SERD OLBIA	909
TOTALE	11.431

Strutture Sanitarie Territoriali	Prestazioni 2021
010029 - Sc Cure Territoriali-Csm Sassari- Via Sennori, Sede Periferica Porto Torres (090058 - Porto Torres)	226
010030 - Sc Cure Territoriali-Csm Sassari- Via Sennori, Sede Periferica Castelsardo (090023 - Castelsardo)	351
010031 - Sc Cure Territoriali-Csm Alghero-Ozieri, Sede Periferica Bono (090012 - Bono)	289
010032 - Sc Cure Territoriali-Csm Alghero-Ozieri, Sede Periferica Thiesi (090071 - Thiesi)	201
075200 - Sc Cure Territoriali - Csm Alghero (090003 - Alghero)	2.279
075300 - Sc Cure Territoriali - Csm Ozieri (090052 - Ozieri)	964
075400 - Sc Cure Territoriali Csm 1 Sassari-Via Amendola (090064 - Sassari)	3.703
<b>Totale</b>	<b>8.013</b>

## SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 Valore pubblico

Il concetto di valore pubblico in generale può essere espresso con la capacità di migliorare il livello di benessere sia economico, sia sociale, sia ambientale percepito dai cittadini.

In questa fase di costituzione dell'Azienda e in epoca post Covid 2019 l'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari, di nuova istituzione, coglie l'opportunità del cambiamento organizzativo, che è in corso all'interno dell'azienda, non ancora dotata di una propria organizzazione, tecnico amministrativa, attraverso l'approvazione dell'atto aziendale, con l'obiettivo di darsi una nuova visione prospettica che promuova i rapporti con le Istituzioni politiche e sanitarie e con tutto il contesto socio-economico del territorio di riferimento, in una logica di sinergia e politica di alleanza per il benessere e la salute della popolazione, con un particolare investimento nel proprio capitale professionale, al quale deve essere fornita l'opportunità di formazione permanente e crescita professionale.

In questa fase anche in mancanza di una definitiva attribuzione delle risorse economico-finanziarie da parte della Regione ed in attesa dell'attribuzione delle risorse umane per l'implementazione delle attività attribuite a questa Azienda, non è ancora possibile individuare le priorità strategiche del triennio di riferimento del PIAO in maniera definitiva e quindi anche la logica integrata, che dovrebbe perseguire il Piano di tutti gli strumenti di programmazione aziendale, non può che risentirne in maniera sostanziale con la necessità di procedere verso una indicazione limitata e sintetica delle azioni che si prevede di poter portare avanti nel breve periodo.

Ciò nonostante in questo piano è stata usata la logica di utilizzare il valore pubblico come volano per

finalizzare la performance aziendale, momento fondamentale per l'amministrazione per guidare il miglioramento qualitativo della propria azione.

La performance diventa quindi uno strumento guida intorno al quale si collocano le diverse prospettive della Trasparenza, intesa anche come mezzo di accountability dell'agire pubblico nei confronti dei propri stakeholder interni e soprattutto esterni (cittadini utenti, enti e imprese del territorio), e della prevenzione alla corruzione, intesa come attività di contrasto e mitigazione dei rischi derivanti da comportamenti inappropriati e illegali.

Il PIAO ha come *core* l'integrazione in una prospettiva olistica ovvero considerando tutte le tipologie di performance (istituzionale organizzative individuali) e tutte le tipologie di rischio corruttivo e introducendo il principio metodologico dell'integrazione tra performance e *corruption* in funzione alla creazione di Valore Pubblico..

La gestione del rischio corruttivo è parte integrante di processi decisionali, di programmazione, di valutazione e deve contribuire alla generazione del valore pubblico inteso come miglioramento del livello di benessere dell'utente finale mediante la risoluzione del rischio di erosione del valore pubblico a seguito di fenomeni corruttivi.

Il raggio di azione di questo Piano, peraltro, per la ragioni prima esposte, non può che avere un periodo limitato nel tempo (annuale) non tanto perché l'Azienda non possa porsi obiettivi importanti nel lungo periodo (triennio) ma in quanto la fase attuale è caratterizzata da incertezza e incompletezza del quadro normativo e organizzativo che rendono impossibile determinare un orizzonte più ampio .

## **2.2. Performance**

La Performance è il contributo che un'Azienda apporta, attraverso le proprie azioni, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi che si è posta ed alla soddisfazione dei bisogni sociosanitari espressi dalla popolazione.

Ai sensi del D.Lgs.150/2009 così come modificato dal D.Lgs.74/2017, ciascuna amministrazione pubblica è tenuta alla misurazione e alla valutazione della performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, ai Dipartimenti, alle unità organizzative e ai singoli dipendenti. Ciò ai fini del miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro

perseguimento. La finalità è quella di conformare l'attività delle amministrazioni pubbliche ad un modello strategico integrato e sistemico, orientato ad attivare un processo di miglioramento continuo dell'efficacia ed efficienza dell'economicità con l'apertura alla partecipazione di stakeholder e contributor interni ed esterni.

Attraverso il concetto di valore pubblico si sta orientando e finalizzando la performance verso il miglioramento degli impatti sulle diverse prospettive di benessere degli utenti (economico, sociale, sanitario, ambientale)

La programmazione triennale e annuale persegue pertanto la valorizzazione delle competenze tecniche, amministrative e gestionali, la responsabilizzazione per i risultati, l'integrità e la trasparenza amministrativa. Il monitoraggio e la verifica dei risultati potranno realizzarsi attraverso una puntuale reportistica e gli obiettivi annuali sono finalizzati espressamente al conseguimento degli obiettivi pluriennali.

Il 2021 è stato un anno particolare ancora segnato dall'emergenza sanitaria causata dal diffondersi del virus sars-cov-2, pur se, rispetto al 2020, si è evidenziato un miglioramento di tutte le attività.

Questa Azienda, peraltro, pur essendo ancora in fase di attivazione e implementazione della propria organizzazione, entro quest'anno finalizzerà la sua attività, come da DGR 3/4 del 27/01/2022, verso la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali mediante:

- incremento dell'offerta: aumento del numero delle prestazioni individuate come critiche;
- interventi organizzativi: corretta gestione delle prescrizioni con tipologia di accesso;
- interventi di appropriatezza: garantire lo standard qualitativo delle prestazioni recuperate.

Quanto descritto porterà al recupero delle prestazioni non erogate nel 2020 e un impatto positivo sull'utente finale con lo snellimento delle liste d'attesa.

Sempre in considerazione dell'emergenza pandemica l'obiettivo principale è la prevenzione e la profilassi delle malattie infettive e diffusive della collettività e quindi al mantenimento delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dell'infanzia e per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per le categorie a rischio.

La Asl di Sassari promuove le forme integrative di assistenza e la semplificazione delle procedure amministrative attraverso l'attivazione della Telemedicina, che contribuisce sia a creare nuove opportunità per garantire l'accesso a servizi sanitari e di cura efficaci, contrastando i divari territoriali (Agenda 2030) sia il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti ed i pazienti. Il sistema sanitario sempre più legato a fattori come l'invecchiamento della popolazione ed alla prevalenza delle malattie croniche sull'acuzie, deve essere affrontare il cambiamento organizzativo anche attraverso un miglior uso del sistema e deve essere



maggiormente supportato dall'information and communication technology.

La Telemedicina non può più essere considerata come un settore a se stante, quanto piuttosto come una specializzazione nell'ampio settore della Sanità Elettronica. Quest'ultima ricomprende in senso più ampio l'uso dell'ICT a supporto dell'intera gamma di funzioni e processi operativi che investono il settore sanitario, ed il Fascicolo Sanitario Elettronico ne rappresenta certamente il fronte più avanzato ed innovativo che sta impattando progressivamente le realtà europea, nazionale e regionale.

La trasparenza nelle PA sta assumendo un ruolo rilevante contro la corruzione ma anche nella prospettiva di un diverso rapporto con il cittadino tanto che si sono riordinate e integrate le disposizioni in materia di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione. L'Azienda socio sanitaria di Sassari crede fermamente nel valore della trasparenza e ritiene necessario mettere a disposizione dei propri utenti finali i propri dati di attività con l'inserimento degli stessi nella sezione performance per supportare il processo decisionale dei cittadini e dei stakeholder. Per questa finalità sono stati dedicati precisi obiettivi meglio specificati nella sezione II<sup>a</sup> sui rischi corruttivi e trasparenza.

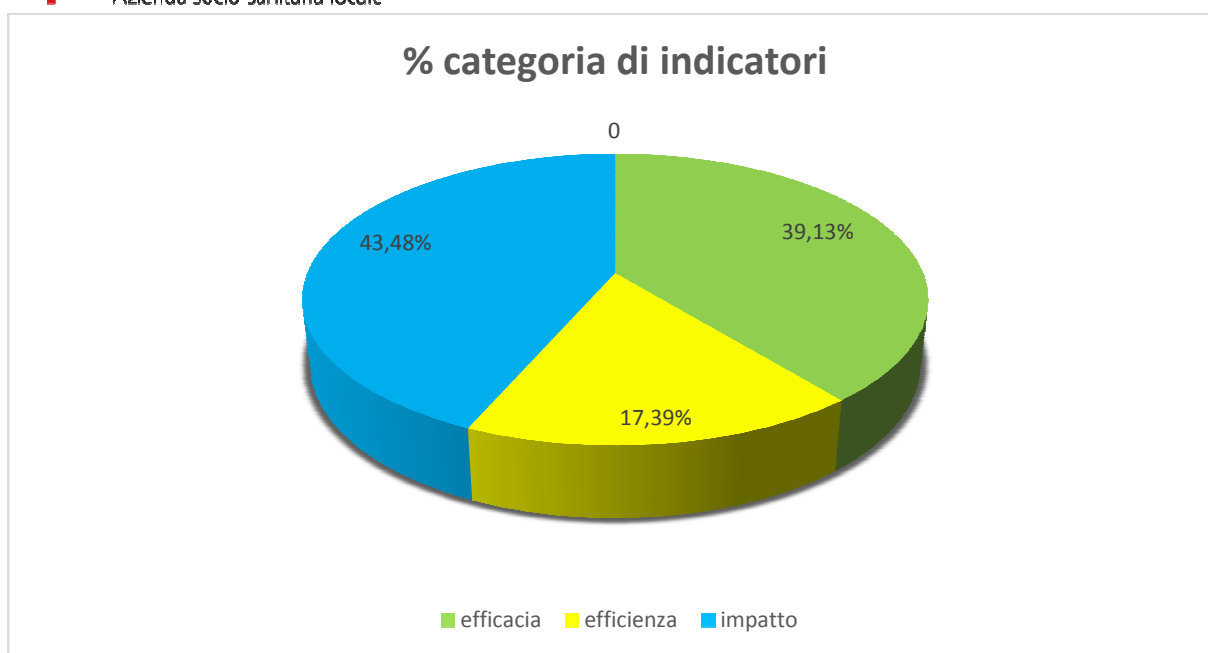
L'obiettivo è il risultato che l'amministrazione si prefigge di ottenere, riferito a un preciso periodo temporale. L'obiettivo deve essere rilevante per i bisogni della collettività, specifico e misurabile, volto a migliorare la qualità dei servizi erogati, confrontabile con uno standard di riferimento, correlato alle risorse disponibili.

L'indicatore è lo strumento che rende possibile la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo. L'indicatore deve possedere le seguenti caratteristiche fondamentali:

- comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto); - confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);

Gli indicatori si possono distinguere in :

- indicatori di efficienza: esprimono la capacità di utilizzo delle risorse (umane, economiche etc) ovvero degli input in modo sostenibile e tempestivo per la realizzazione dell'output;
- Indicatori di efficacia: esprimono l'adeguatezza dell'output erogato rispetto alle aspettative e necessità dell'utente (esterno o interno);
- Indicatore di impatto: esprime l'effetto atteso da prestazioni/servizi/politiche sui destinatari diretti e indiretti nell'ottica della creazione del valore pubblico



La performance viene misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance organizzativa aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di Dipartimento e di singola Unità Operativa (di seguito U.O.), per le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale)

### **La Programmazione Annuale degli obiettivi 2022**

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

A seguito dell'operatività della legge regionale n. 24/2020 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore" e ss.mm.ii, per l'anno 2022, anche in assenza di quelli assegnati dalla Giunta Regionale e nella fase iniziale di attivazione dell'Azienda, gli obiettivi imposti dalla Legge Regionale sono riconducibili essenzialmente all'attuazione del processo di riforma del servizio sanitario regionale con la messa in campo di tutte le azioni propedeutiche alla concreta operatività dell'Azienda Socio-

sanitaria locale di Sassari con l'approvazione, in primis, dell'Atto Aziendale.

Il Ciclo Performance per l'anno 2022 sarà quindi un processo dedicato sostanzialmente alla creazione della nuova organizzazione sanitaria con la definitiva e completa attivazione della ASL.

Gli obiettivi strategici che l'azienda ritiene comunque prioritari rispetto ai bisogni degli assistiti e alle finalità istituzionali aziendali oltretutto alle scelte strategiche aziendali derivanti dall'attuale contesto sono i seguenti:

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

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

- garantire le attività sistematiche e continuative di valutazione dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto con riferimento a: utilizzo sistematico delle classi di priorità, con l'obiettivo di garantire al 90% dei facenti richiesta l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio, nei tempi definiti secondo le classi di priorità; presenza del quesito diagnostico; corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.
- Utilizzo del modello RAO che rappresenta una delle strategie che caratterizzano il modello regionale per il governo delle liste di attesa e parte dall'assunto che i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio debbano essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui.
- Utilizzo del Fascicolo Sanitario elettronico (FSE) in quanto sono ormai consolidate sia in ambito nazionale che regionale le politiche di sanità integrata che considerano la condivisione delle informazioni sulla salute del paziente tra gli operatori sanitari uno strumento per rendere

più efficienti i processi di diagnosi e cura dello stesso, nonché per ridurre i costi della spesa sanitaria derivanti, ad esempio, dalla ripetizione di esami clinici.

- Potenziamento dell'offerta di prestazioni attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'art. 55, comma 2 del CCNL 08.06.2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, al fine di favorire il rispetto dei tempi massimi di attesa.
- governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni.

**Aree strategiche di risultato.**



## Gli obiettivi strategici e operativi 2022

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

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTI	TARGET 2022
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	% di prestazioni registrate ex post ( R ) sul totale prestazioni prenotate		Cup WEB	10%
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	% delle 64 prestazioni per I accesso con codici B e D erogate entro il tempo standard		Cup WEB	>60%
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	Numero prescrizioni 1° accesso con UBDP/totale delle prescrizioni 1° accesso *100		Cup WEB	90%
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022)	Approvazione del Piano		SISaR Atti	
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022) - attività di prevenzione	Invio inviti alla popolazione target 2020 (a) screening per carcinoma mammella		Dipartimento di Prevenzione	20%
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022) - attività di prevenzione	b) screening per cervice uterina		Dipartimento di Prevenzione	20%
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022) - attività di prevenzione	c) screening per tumore di colon retto		Dipartimento di Prevenzione	20%
Area di performance dell'efficienza e della qualità	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP/totale prestazioni	2021	ABACO/CUP	<2021

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
		erogate ricadenti nel PRGLA*100 Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata/prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP*100			
<b>Area performance dell'accessibilità</b>	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100		Dipartimento di Prevenzione	screening cervicale: tasso di adesione reale $\geq$ 30% in tutte le ASL; screening colorettole: tasso di adesione reale $\geq$ 15% in tutte le ASL; screening mammografico $\geq$ 25% in tutte le ASL
<b>Area performance dell'accessibilità</b>	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	Indice di gradimento medio		nuovo sistema informatico o - survey utenti	Indice di gradimento medio $\geq$ 7
<b>Area performance dell'accessibilità</b>	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	N totale annuale deceduti 17-20		80%
<b>Area dell'equilibrio economico-finanziario</b>	Garantire il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale	% di utilizzo biosimilare versus branded	2021	amc sistema contabile	% differenziata rispetto all'ATC di riferimento
<b>Area dell'equilibrio economico-finanziario</b>	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva aumentando la % di prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto per inibitori della pompa protonica, vitamina D, sartani, Fans e statine	Rispetto delle UP anno pro-capite per inibitori di pompa protonica		Elaborazioni Cruscotto - Flusso farmaceutica convenzionata	<28
<b>Area dell'equilibrio economico-finanziario</b>	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva aumentando la % di prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto per inibitori della pompa protonica, vitamina D, sartani, Fans e statine	Rispetto incidenza confezioni Fans anno per 100 abitanti		Elaborazioni Cruscotto - Flusso farmaceutica convenzionata	<50
<b>Area dell'equilibrio economico-finanziario</b>	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva aumentando la % di prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto per inibitori della pompa protonica, vitamina D, sartani, Fans e statine	Rispetto incidenza UP rosuvastatina		Elaborazioni Cruscotto - Flusso farmaceutica convenzionata	0,15

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire la corretta gestione contabile dei progetti finalizzati/vincolati	codici progetto attivati ASL/codici progetto validi ex ATS	codici progetto con finanziamenti entro residui ATS	amc sistema contabile	>80%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire la corretta gestione contabile dei progetti finalizzati/vincolati	Autorizzazioni con codice progetto (macro 4)/ autorizzazione macro 4		amc sistema contabile	98%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora	Riduzione del tempo di pagamento delle fatture delle case protette rispetto al 2021	2021	differenza tra data di emissione fattura e data di validazione della liquidazione	100%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	2021	AMC	Numero 0 giornate di ritardo
Area di performance della digitalizzazione e sanità digitale	Corretta gestione del Sistema CUP WEB	Chiusura completa delle prestazioni nell'applicativo CUP WEB	0%	CUP WEB	65,00%
Area di performance della digitalizzazione e sanità digitale	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CSM- NPI- PSICOLOGIA - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALEPSICH IATRICA)	Elaborazione di un documento operativo condiviso per il corretto monitoraggio in remoto (telefono, videochiamata, ecc...) dello stato di salute dei pazienti in carico ai Servizi		Attestazione DSMD Aziendali	entro il 30/06/2022
Area di performance della digitalizzazione e sanità digitale	Implementazione della Telemedicina	n° utenti seguiti negli ultimi 12 mesi/n° utenti seguiti nei precedenti 12 mesi	2021	relazione semestrale	> 2021
Area di performance della digitalizzazione e sanità digitale	Garantire la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e della TS-CNS tra i cittadini	Promuovere la raccolta del consenso informato per il trattamento dei dati ai fini della consultazione del FSE dagli operatori sanitari		Sistema TS-CNS; ANAGS	
Area di performance della digitalizzazione e sanità digitale	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere n. di audit realizzati su	2021	SIRMES	> 2021

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
		eventi segnalati			
Area di performance della produzione	Rispettare le tempistiche dei flussi informativi	Rispettare le tempistiche dei flussi SDO	Dati al 01/01/2022	NSIS	Rispetto delle tempistiche riportate nel disciplinare
Area di performance della produzione	Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive. Consolidare la sorveglianza della TBC bovina, 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		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
Area di performance della produzione	Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive. Consolidare la sorveglianza della TBC bovina, Brucellosi OV-CP e la conduzione del Piano straordinario di eradicazione della peste suina Africana	Numero check list compilate e registrate in BDN in relazioni ai controlli per gli allevamenti ovini-caprini /numero check list programmate a livello regionale		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
Area di performance della produzione	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022) - attività di prevenzione	Differenziale 2019-2022 dei volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale		FILE C - ABACO	come da scheda inserita nel piano regionale
Area di performance della produzione	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022) - attività di prevenzione	Differenziale 2019-2022 dei volumi di DRG programmati chirurgici per classe di complessità e priorità		FILE A - ABACO	come da scheda di recupero
Area di performance della produzione	Garantire la ripresa dell'attività chirurgica in elezione in fase di riattivazione dei servizi post epidemica COVID 19	Miglioramento dell'attività chirurgica in elezione nel IV trimestre 2022 rispetto al IV trimestre 2021		FILE A - ABACO	>=70%
Area di performance della produzione	Garantire congrui tempi di risposta dei tamponi COVID19	Differenza tra la data della determinazione e la data del prelievo del tamponi			2 gg
Area di performance della produzione	Potenziare la raccolta sangue attraverso uscita esterna	Differenza tra l'anno 2021 e 2022			>2021
Area di performance della produzione	Promuovere la donazione in aferesi per il tramite delle Associazioni e Federazioni dei Donatori di sangue	Numero di unità di plasma da aferesi raccolto direttamente dalle Associazioni e Federazioni dei Donatori di sangue		EMONET	>2021
Area di performance della produzione	Garantire la ripresa della attività di prevenzione attraverso i programmi di screening oncologico organizzati nell'attuale	N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua *100		DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	a) tasso di adesione reale >= 25%



AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
	fase epidemica da Covid-19				
Area di performance della produzione	Garantire la ripresa della attività di prevenzione attraverso i programmi di screening oncologico organizzati nell'attuale fase epidemica da Covid-19	N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua *100		DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	b) tasso di adesione reale >= 30%
Area di performance della produzione	Garantire la ripresa della attività di prevenzione attraverso i programmi di screening oncologico organizzati nell'attuale fase epidemica da Covid-19	N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua *100		DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	c) tasso di adesione reale >= 15%
Area di performance della produzione	Garantire la ripresa della attività di prevenzione attraverso i programmi di screening oncologico organizzati nell'attuale fase epidemica da Covid-19	Numero prestazioni di screening oncologico recuperate/Numero prestazioni di screening oncologico differite a causa dell'emergenza pandemica nell'anno 2020		Attestazione Dipartimentale Prevenzione - Sistema Screening	100% (Recupero di almeno 1/5 delle prestazioni differite all'anno per 5 anni)
Area di performance della produzione	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM).	Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA		SISAR ATTI	ADOZIONE ATTO
Area di performance della trasparenza e anticorruzione	Avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.	Attivazione della funzione		DIREZIONE	Recepimento con atto formale, entro il 31/12/2022, degli indirizzi impartiti dalla Giunta regionale e avvio della funzione.
Area di performance della trasparenza e anticorruzione	Approvazione dell'Atto aziendale	Approvazione entro i termini stabiliti dalla normativa regionale (Legge 24/2020)		RAS	INVIO ATTO AZIENDALE ENTRO I TERMINI STABILITI
Area di performance della trasparenza e anticorruzione	Garantire l'accessibilità totale dei dati e dei documenti aziendali, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere al tempo stesso la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.	Adempiere a tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dall'ANAC		Relazione Responsabile PTC	Adempimenti entro il termine fissato dal RTPC aziendale

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
<b>Area di performance della trasparenza e anticorruzione</b>	Garantire l'accessibilità totale dei dati e dei documenti aziendali, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere al tempo stesso la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.	Assicurare gli adempimenti posti dalla Trasparenza e garantire il rispetto delle azioni previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza		Relazione Responsabile PTC	
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inappropriatezza in DO		FILE A - ABACO - indicatore i099	13%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire l'appropriatezza dei ricoveri attraverso la riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100		FILE A - ABACO	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	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		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	Numero controlli effettuati/Numero controlli programmati		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	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, agricole e altri comparti/Numero totale interventi ispettivi programmati secondo piano locale/regionale		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	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 (ASL 1)	Definire una proposta di protocollo di intesa tra ASL n. 1 di Sassari ed Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari finalizzato ad accordo relativo al possibile trasferimento di pazienti ricoverati nei Pronto Soccorso presso Ospedali di Alghero e di Ozieri con diagnosi di lesione encefalica		DIREZIONE AZIENDALE	PROPOSTA ASL/AOU

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
		grave senza indicazione neurochirurgica, presso la terapia intensiva dell'AOU Sassari ai fini di procurement, nell'ambito di azioni strategiche su obiettivi condivisi del SSR, rappresentati dalla riduzione dei tempi di attesa dei pazienti affetti da grave insufficienza d'organo iscritti nelle liste regionali per trapianto d'organo.			
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	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		FILE A - 3M	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore*100		FILE A - 3M	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	Numero parti cesarei primari/numero parti con nessuna pregresso cesareo*100		FILE A - 3M	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire l'applicazione degli strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica	N° di strutture che compilano SISPA/N° totale di strutture che effettuano attività chirurgica*100		FILE A - ABACO	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso.	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno		ABACO	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici	Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021.		DIREZIONE DSM	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale		RAS	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.		DIREZIONE	Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/2022
<b>Area di performance dell'integrazione e socio-sanitaria</b>	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato.	% di dimissioni protette		FILE A - ABACO i096	3%
<b>Area di performance dell'integrazione e socio-sanitaria</b>	la presa in carico della popolazione anziana da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle ASL	Percentuale di anziani $\geq 65$ anni trattati in ADI	$\geq 1,88$ (Griglia LEA)	ADI	3%
<b>Area di performance dell'integrazione e socio-sanitaria</b>	Promuovere il coordinamento funzionale delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione al fine di assicurare l'attuazione delle strategie aziendali	Predisposizione progetti/regolamenti/linee e guida/documenti			Invio documento con definizione di standard di personale per il Servizio di cure Domiciliari Integrate alla Direzione Aziendale entro Dicembre
<b>Area di performance dell'integrazione e socio-sanitaria</b>	Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025) in ogni sede SpreSAL	Numeratore: numero di PMP attivati da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL		DIREZIONE DIPARTIMENTO	ATTIVAZIONE PIANI
<b>Area di performance dell'integrazione e socio-sanitaria</b>	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	2021	DIREZIONE DIPARTIMENTO	>2021

### La partecipazione dei cittadini e degli utenti al processo di performance.

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

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

ciclo della performance.

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

- sotto il profilo soggettivo, sono protagonisti dei processi valutativi sia i cittadini che gli "utenti finali" dei servizi resi dall'amministrazione. A tali categorie vanno aggiunti tutti gli altri portatori di interesse (cd. stakeholder) in qualsiasi modo direttamente o indirettamente interessati all'operato dell'amministrazione;
- sotto il profilo oggettivo, l'ambito della valutazione concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni di servizi delle pubbliche amministrazioni;
- sotto il profilo procedimentale, la partecipazione alla valutazione è coerentemente ricondotta all'ambito specifico "della performance organizzativa dell'amministrazione, secondo quanto stabilito dagli articoli 8 e 19-bis".

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

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.
- Il coinvolgimento di cittadini e utenti nel processo di valutazione della performance, oltre a rispondere al quadro normativo sopra delineato, è funzionale al perseguimento delle finalità intrinseche dei sistemi di valutazione delle prestazioni (performance management). Questi, infatti, non sono dei semplici sistemi informativi interni, ma puntano ad incidere su dimensioni quali l'impatto delle politiche e dei servizi pubblici sulla collettività e la fiducia dei cittadini nelle amministrazioni pubbliche. Attraverso tale coinvolgimento è possibile cogliere i vari significati e la differente rilevanza che i diversi utenti e stakeholder attribuiscono ai risultati conseguiti dall'azienda.

L'ASL di Sassari, sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), continuerà ad applicare il modello di valutazione partecipativa con gli strumenti già attivati dall'ATS attraverso l'applicativo GURU; a tal fine promuove la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative, attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati dall'azienda sanitaria, focus group e tavoli tematici. L'azienda favorisce la convergenza fra i servizi erogati e i bisogni dell'utente sia nella fase di progettazione delle caratteristiche qualitative dei servizi erogati, sia in fase di

misurazione e di valutazione della performance organizzativa. A tale scopo procede alla rilevazione della qualità dei servizi sanitari percepita dal cittadino, alla mappatura degli utenti esterni e interni individuando il collegamento con le attività, i processi e i progetti.

In considerazione delle difficoltà connesse alla progettazione e all'utilizzo di strumenti di valutazione partecipativa e del grado di maturità dell'azienda, le anzidette indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica saranno implementate in maniera graduale.

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

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

Il software adottato per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente, già utilizzato in precedenza da ATS, per le prestazioni sanitarie ricevute dal paziente è perfettamente integrato con i sistemi SISAR (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB) che gestiscono tali processi. Con il sistema adottato, i sistemi SISAR coinvolti (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB, generano per ciascun accesso un codice univoco all'interno del territorio regionale (token). Questo codice verrà presentato (unitamente al link a cui collegarsi per effettuare il questionario di gradimento) all'interno delle stampe prodotte dagli applicativi e consegnate al paziente.

Nello specifico queste informazioni verranno inserite nelle seguenti stampe:

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

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

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

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

- per eliminare l'autoreferenzialità: la performance organizzativa non deve essere valutata nella

sola ottica dell'azienda, ma anche secondo la prospettiva degli utenti, poiché la generazione di valore pubblico va osservata pure secondo la loro percezione e realizzata con la loro partecipazione;

- per rafforzare i sistemi di gestione della performance: attraverso una maggiore coerenza tra le diverse dimensioni della performance organizzativa (efficienza, efficacia quantitativa e qualitativa, impatti) si favorisce la finalizzazione dei suddetti sistemi verso il miglioramento del livello di qualità dei servizi erogati e di benessere di cittadini ed utenti;
- per soddisfare i requisiti normativi minimi, di cui al decreto 150/2009 così come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74.

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

### **Dalla performance organizzativa alla performance individuale**

La performance è intesa come il contributo che le varie componenti organizzative (individui, gruppi di individui, unità organizzative, ente nel suo complesso) apportano attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'azienda sanitaria e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

La performance organizzativa è la risultante del grado di raggiungimento degli obiettivi dell'azienda nel suo complesso rispetto alla missione aziendale e del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget negoziati tra la Direzione Aziendale ed i Direttori delle diverse articolazioni organizzative dell'ASL.

La misurazione della performance organizzativa è intesa come quel complesso di azioni e strumenti volti a misurare e, cioè, a quantificare tutte le dimensioni della performance necessarie a migliorare e rendere più razionali i processi decisionali e più trasparente la rendicontazione.

Nell'azienda socio-sanitaria locale tale attività è considerata come un presupposto indispensabile per una compiuta valutazione delle performance sia organizzative che individuali.

La performance individuale è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nelle strutture dell'azienda.

Gli scopi prioritari della misurazione e della valutazione della performance individuale sono i seguenti:

1. evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;



2. chiarire e comunicare che cosa ci si attende dalla singola persona, che agisce nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari vigenti, in termini di risultati e comportamenti;
3. supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance;
4. valorizzare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona;
5. contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
6. premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
7. promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

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

Le dimensioni che compongono la performance individuale sono i:

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

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

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

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa saranno declinati a partire dalle attività definite in sede di programmazione annuale; quest'ultime saranno formalizzate nell'ambito del processo di budget attraverso l'assegnazione degli obiettivi a tutti i Direttori di



struttura secondo le modalità definite nel Sistema di misurazione e valutazione della performance consentendo in tal modo di assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni.

## **2.3 Rischi corruttivi e trasparenza**

# ***Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 1 di Sassari (ASL n.1)***

***triennio  
2022/2024***

### **INDICE GENERALE**

- 2.3.1. CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE
- 2.3.2. OGGETTO E FINALITA'
- 2.3.3 ANALISI DI CONTESTO
  - 2.3.3.1 CONTESTO ESTERNO
  - 2.3.3.2 CONTESTO INTERNO
- 2.3.4. I PROTAGONISTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
  - 2.3.4.1 LA DIREZIONE AZIENDALE
  - 2.3.4.2 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
  - 2.3.4.3 I DIRIGENTI
  - 2.3.4.4 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE E ALTRI ORGNI DI CONRTROLLO INTERNO
  - 2.3.4.5 L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI
  - 2.3.4.6 IL RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE
  - 2.3.4.7 IL PERSONALE DIPENDENTE E I COLLABORATORI DELL'AZIENDA
  - 2.3.4.8 IL RESPONSABIEL DELL'ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RSA) E SOGGETTO GESTORE PER L'ANTIRICICLAGGIO.
- 2.3.5. VALUTAZIONE DEL DIVERSO LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI CORRUZIONE DELL ARTICOLAZIONI AZIENDALI –INDIVIDUAZIONE DELLA ATTIVIT A' RISCHIO.
- 2.3.6. CODICE DI COMPORTAMENTO GENERALE E CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA ASL N°1 DI SASSARI.

## 2.3.7. MISURE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE

### 2.3.7.1 ROTAZIONE DEI DIPENDENTI

### 2.3.7.2 CRITERI PER LA ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

### 2.3.7.3 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE DIRIGENZIALE

### 2.3.7.4 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE

### 2.3.7.5 ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE

### 2.3.7.6 TEMPISTICA ED IMMEDIATEZZA DEL PROVVEDIMENTO DI EVENTUALE ADOZIONE DELLA ROTAZIONE STRAORDINARIA

### 2.3.7.8 DURATA DELLA ROTAZIONE

### 2.3.7.9 IL RAPPORTO TRA ROTAZIONE STRAORDINARIA E TRASFERIMENTO D'UFFICIO IN CASO DI RINVIO A GIUDIZIO

## 2.3.8. GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSE

## 2.3.9. FORMAZIONE DI COMMISSIONI E ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

## 2.3.10. NUOVO ART.35 BIS D. LGS 165/2001

## 2.3.11. INCOMPATIBILITA'/INCONFERIBILITA' INCARICHI

### 2.3.11.1 SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO - ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

### 2.3.11.2 .REVOLVING DOOR-PANTOUFLAGE

## 2.3.12. PATTO D'INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

## 2.3.13. TRASPARENZA E PUBBLICAZIONE DEGLI ATTI

## 2.3.14. AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

## 2.3.15. POTENZIAMENTO SISTEMA DI TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)

## 2.3.16. PROCEDURE PER LA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI

### 2.3.16.1 OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

## 2.3.17. COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE

## 2.3.18. MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DEL PIANO

## 2.3.19. RESPONSABILITÀ IN CASO DI VIOLAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

## 2.3.20. IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

### **2.3.1. CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE**

A seguito dell'entrata in vigore della Legge Anticorruzione n. 190/2012, recante «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione», tutte le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC). Con le modifiche introdotte dall'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 il succitato Piano dovrà integrarsi nel Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) che anche l'Azienda socio sanitaria locale di Sassari è tenuta ad approvare per il

corrente anno entro il 30 aprile 2022. L'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari, il cui ambito territoriale è coincidente con quello dell'Azienda sanitaria locale n°1 di Sassari, oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 nell'Azienda per la tutela della salute (ATS), è stata istituita ai sensi dell'art.9 della L.R. n°24/2020 ed è attiva soltanto dal 1 gennaio 2022, a seguito del completamento del processo di riforma in applicazione della succitata Legge Regionale, con la quale è stata ridefinita l'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale. Questa Sezione è stata predisposta dal Dr. Gianfranco Manca, nominato Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza dell'Azienda socio sanitaria locale n. 1 di Sassari con deliberazione del Direttore Generale n°21 del 02.02.2022 nelle more della piena operatività delle Strutture che saranno previste nel futuro Atto Aziendale, in fase di predisposizione.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione costituisce l'atto attraverso il quale l'Azienda individua le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione, atto che, per la sua stessa natura, si presenta non come un'attività compiuta con un termine di completamento finale, bensì come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono, come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato ministeriale di cui al D.P.CM. 16 gennaio 2013 "via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione".

Il PTPC, è quindi un documento dinamico; in ragione di ciò la normativa prevede il suo aggiornamento con cadenza annuale e/o a seguito di cambiamenti normativi, organizzativi e sul riscontro di importanti anomalie, che ne richiedano l'immediata attualizzazione. Questa caratteristica di dinamicità sarà ancora più evidente nel contesto attuale di questa Azienda, in piena evoluzione ed ancora completamente da implementare in termini organizzativi non avendo un Atto aziendale approvato, le cui linee di indirizzo regionali devono essere formalizzate dalla Giunta Regionale.

Scopo del PTCP è quello di istituzionalizzare un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio corruzione e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

Esso ha quindi la funzione di:

- ✓ fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- ✓ creare altresì un collegamento tra corruzione - trasparenza - performance nell'ottica di una più ampia gestione del "rischio istituzionale".

L'adozione del piano costituisce quindi per l'Ente un importante occasione per l'affermazione del "buon amministrare" e per la diffusione della cultura, della legalità e dell'integrità nel settore pubblico. E' in quest'ottica che va inteso il concetto di "corruzione", di cui la normativa di riferimento non dà un'esplicita

definizione. Il significato viene dato per presupposto, ed è inteso, in senso lato, come comprensivo di tutte quelle situazioni in cui, nel corso dell'attività Amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto che gestisce un potere a lui affidato allo scopo di ottenerne vantaggi.

L'approccio che il legislatore ha inteso adottare per questa Sezione è di tipo multidisciplinare, dal momento che acquistano rilevanza non solo l'intera gamma dei Reati contro la pubblica amministrazione (articoli 318, 319 e 319-ter del Codice Penale), ma anche situazioni che, pur prescindendo dalla rilevanza penale, concretizzano un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa da parte di soggetti esterni (sia che abbia avuto successo, sia quale mero tentativo).

A supporto della normativa assumono rilevanza quelle motivazioni e quegli strumenti di trasparenza che consentono il controllo da parte dei cittadini e l'adeguamento dell'ordinamento giuridico italiano agli standard internazionali, oltre alla diretta attuazione del principio di imparzialità di cui all'articolo 97 della Costituzione.

Il processo che il Piano Anticorruzione vuole realizzare presuppone, preliminarmente a qualsiasi impegno concreto, uno sforzo di tipo sostanzialmente culturale, in quanto basato sulla presa di coscienza da parte di tutti gli attori dell'azione amministrativa, dagli organi di vertice, ai dirigenti ai singoli dipendenti, della funzionalità dei comportamenti individuali rispetto all'integrità dell'azione amministrativa e, conseguentemente, all'accettazione e condivisione di strumenti tesi a garantire l'affermazione di un contesto sfavorevole alla corruzione e di rimedi idonei a contrastarla.

L'efficacia dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione e pianificazione presenti nell'amministrazione, la cui limitatezza, peraltro, sulla base delle considerazioni effettuate in precedenza in ordine all'evoluzione organizzativa in corso, non può non incidere sull'efficacia stessa delle misure di prevenzione da adottare.

In quest'ottica il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e la Direzione Aziendale lavoreranno in sinergia, al fine di consentire, da un lato, la massima efficacia delle azioni previste per la riduzione del rischio, dall'altro l'utilizzo del monitoraggio dei singoli processi aziendali a fini gestionali, per una maggiore efficacia dell'azione complessiva dell'Amministrazione.

Essendo in atto una riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale e, in tale ambito, l'implementazione organizzativa della stessa ASL n. 1 e conseguentemente realizzandosi quelle condizioni di particolare difficoltà organizzativa richiamate dallo stesso PNA, si è proceduto ad una mappatura specifica dei principali macroprocessi delle aree generali e specifiche e all'individuazione delle relative misure di monitoraggio e prevenzione, individuate in ragione dei sopra richiamati criteri di concretezza e sostenibilità, rinviando ai prossimi anni la conclusione dell'analisi del rischio con riferimento agli ulteriori processi.

### **2.3.2. OGGETTO E FINALITÀ**

Come già detto, nell'ambito della normativa introdotta dalla legge 190 del 2012 il concetto di corruzione che viene preso a riferimento ha un'accezione ampia. Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'azione amministrativa, si integra l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni che rilevano, pertanto, sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e ricomprendono non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale. Ai fini della legge 190 rilevano invece anche le circostanze che, pur non integrando la fattispecie penale, mettano in luce disfunzioni amministrative causate dall'uso privatistico delle funzioni attribuite. Gli studi in materia hanno evidenziato uno altissimo scostamento tra corruzione reale e corruzione percepita, che evidenzia il carattere sommerso del fenomeno, ed i notevoli effetti che il fenomeno della corruzione produce sull'economia e sullo sviluppo economico e sociale del Paese. Proprio per i suoi rilevanti effetti sul sistema delle economie, il tema della prevenzione della corruzione ha da tempo assunto un ruolo centrale.

### **2.3.3. ANALISI DI CONTESTO**

#### **➤ CONTESTO ESTERNO**

##### Le caratteristiche sociali ed economiche

I principali fenomeni di crisi dal punto di vista socioeconomico sono rappresentati da un elevato tasso di disoccupazione e da un sistema economico ancorato su una struttura terziaria poco innovativa oltre che da una insufficiente presenza manifatturiera, un sistema centrato sui trasferimenti e presenza della pubblica amministrazione, con commercio e costruzioni a supporto. Per quanto riguarda l'ambito territoriale "Anglona, Coros e Figulinas" registra un limitato tasso di crescita delle imprese (il più basso a livello provinciale) e un'economia a forte base primaria come quella presente nell'ambito territoriale di Ozieri in cui coesiste anche il comparto delle costruzioni

Il tasso di disoccupazione della Provincia di Sassari nell'anno 2019 è del 20,1%, leggermente superiore rispetto alla media regionale (19,8%). Con l'avvento della pandemia da Covid 19 nell'anno 2020 in Sardegna si è verificato un netto calo degli occupati (-27 mila) che, tuttavia, non si è riflesso in un incremento dei disoccupati (che al contrario si sono anch'essi ridotti di -16 mila unità) ma in un aumento molto consistente degli inattivi (+28 mila). Questa tendenza è correlata al fatto che numerosi individui hanno rinunciato a cercare un'occupazione poiché scoraggiati dalla crisi di molte imprese, altri hanno posticipato la ricerca per via delle restrizioni alla mobilità delle persone, altri ancora sono stati costretti a dedicarsi alla cura della prole per sopperire alla chiusura delle scuole. Interessante segnalare che i livelli di istruzione continuano ad avere un valore piuttosto elevato nel mercato del lavoro. Non solo i tassi d'occupazione tra i laureati sono più che tripli

rispetto a quelli riscontrabili tra coloro che hanno la licenza elementare o non hanno alcun titolo (77,5% contro 25,8%), ma i laureati sono anche gli unici il cui tasso di occupazione non si è ridotto nel 2020, anzi è addirittura lievemente aumentato.

Naturalmente, la crisi non ha colpito in modo uniforme tutti i territori né tutte le categorie. Dai raffronti a livello provinciale si nota una grandissima eterogeneità degli effetti: la provincia di Sassari spicca per l'incremento percentuale più accentuato degli inattivi (+15%) e la contestuale riduzione più grave degli occupati (-11%). In questa stessa provincia, in controtendenza rispetto alle altre province sarde, aumentano anche i disoccupati (+3%). I valori particolarmente negativi di questa provincia sono probabilmente legati alla centralità e al peso rivestito dal settore turistico, tra i più colpiti dalle restrizioni governative per contenere il diffondersi dei contagi.

La ASL di Sassari, pur avendo perso una quota del personale a vantaggio dell'ATS Sardegna prima, ora denominata ARES Sardegna, resta uno degli Enti con un bilancio economico più consistente della Provincia di Sassari e, quindi, con un rischio corruttivo tra i più elevati.

Per quanto riguarda il profilo criminale del territorio è necessario evidenziare che le forme delinquenziali tipiche della Sardegna sono sostanzialmente differenti rispetto a quelle della criminalità organizzata di tipo mafioso presenti in altre regioni del Meridione. Il fenomeno criminale più rilevante della Regione è il traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti, ma sono in fase di emersione altre attività criminali riguardanti settori dell'economia quali il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti e l'impianto e la gestione delle energie rinnovabili. Rimangono pressoché costanti altri reati "tradizionali", come furti, rapini e atti estorsivi. L'area di competenza della ASL n. 1 di Sassari, in grave sofferenza sotto il profilo economico sia per le conseguenze dell'emergenza Pandemica e sia per problemi legati ai settori di sviluppo primario e secondario (crisi del Polo Industriale di Porto Torres e del settore agro-pastorale), comprende territori ad altissima potenzialità di sviluppo turistico-immobiliare, con evidenti probabili investimenti di capitale di dubbia provenienza e rischi criminali consistenti.

## ➤ CONTESTO INTERNO

Come descritto in premessa di questo PIAO precedeva l'Azienda Sanitaria Locale n°1 di Sassari di seguito indicata "Azienda", è stata istituita ai sensi dell'art.9 della L.R. n°24/2020 ed è attiva dal 1 gennaio 2022, a seguito del completamento del processo di riforma in applicazione della succitata Legge Regionale, con la quale è stata ridefinita l'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale. L'Azienda, peraltro, non può ancora dispiegare tutte le sue forze per l'attività istituzionale in quanto priva di un proprio atto aziendale, le cui linee di indirizzo regionali devono essere ancora formalizzate dalla Giunta Regionale, mediante il quale implementare in termini organizzativi la propria tecno struttura

L'attuale assetto istituzionale, che prevedeva ancora una configurazione approvata con la precedente riforma attuata dalla precedente Giunta Regionale, con l'istituzione dell'Area Socio Sanitaria Locale di Sassari, sarà superato con l'evoluzione normativa prevista dalla Legge n°24/2020 di Riforma del Sistema Sanitario Regionale, che prevede l'istituzione della Azienda socio sanitaria locale di Sassari con un'autonomia

amministrativo-contabile decisamente maggiore rispetto a quella precedente.

Si darà tuttavia conto del modello organizzativo delineato dalla vigente normativa Regionale.

Il modello organizzativo delineato nella Deliberazione della Giunta Regionale n°12/15 del 7 aprile 2022 per l'adozione degli atti aziendali evidenzia la:

- direzione aziendale (Direttore Generale; Direttore Sanitario; Direttore Amministrativo);
- strutture e funzioni di staff della direzione aziendale: Collegio Sindacale, OIV, Collegio di Direzione, Consiglio delle Professioni sanitarie; Affari Generali, Trasparenza e Anticorruzione, Direttore Socio Sanitario;
- Tecnostruttura amministrativa: Bilancio, Tecnico - logistico e patrimonio, Pianificazione strategica, Acquisti, ICT, GRU (personale), Programmazione e Controllo di gestione e flussi informativi;
- Organizzazione sanitaria per l'erogazione dell'assistenza: Assistenza Collettiva, Dipartimento di Prevenzione, Sanità Penitenziaria, Assistenza Territoriale, Distretti, Servizio Prevenzione e Protezione, Assistenza Ospedaliera, Dipartimento di Salute Mentale, Rischio Clinico, Assistenza Farmaceutica, Presidi Ospedalieri, Clinical Governance.

L'assetto prevede una organizzazione di tipo dipartimentale.

L'organico attuale rappresenta un elemento di criticità poiché le dotazioni organiche iniziali sono state individuate sulla base del personale assegnato alle omonime strutture presenti in ATS Sardegna al 31 dicembre 2021, transitate in ASL e risultano pertanto non adeguate.

Tuttavia, c'è stata l'implementazione del personale grazie all'assegnazione di personale assunto a tempo determinato, reclutato da apposite graduatorie approvate da ATS Sardegna. All'esito della esatta definizione delle strutture aziendali che verrà indicata dal Legislatore, verranno conseguentemente ridefinite le dotazioni organiche e le assegnazioni del personale tra l'Azienda Regionale della Salute e le Aziende Socio Sanitarie

Descrizione TipoDipendente	Descrizione Ruolo	DIP. SM	DIP.PREV	DIREZIONE STRATEGICA	DISTRETTI SANITARI	PRESIDIO UNICO DI AREA OMOGENEA	SERV. AMM.VI	Totale complessivo
Comparto	RUOLO AMMINISTRATIVO	4	27	1	27	10	69	138
Comparto	RUOLO SANITARIO	103	121	20	368	567	4	1183
Comparto	RUOLO TECNICO	23	41	3	89	175	25	356
<b>Comparto Totale</b>		<b>130</b>	<b>189</b>	<b>24</b>	<b>484</b>	<b>752</b>	<b>98</b>	<b>1677</b>
Dir. delle Profess. Sanitarie	RUOLO SANITARIO		1	1				2
<b>Dir. delle Profess. Sanitarie Totale</b>			<b>1</b>	<b>1</b>				<b>2</b>
Dirig.Medico/Veterinaria	RUOLO SANITARIO	53	112	2	108	206		481
<b>Dirig.Medico/Veterinaria Totale</b>		<b>53</b>	<b>112</b>	<b>2</b>	<b>108</b>	<b>206</b>		<b>481</b>
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	RUOLO AMMINISTRATIVO				1		3	4
<b>Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica Totale</b>					<b>1</b>		<b>3</b>	<b>4</b>
Dirig.Sanitaria non medica	RUOLO SANITARIO	17	3	1	12	11		44
<b>Dirig.Sanitaria non medica Totale</b>		<b>17</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>11</b>		<b>44</b>
Religioso	RUOLO RELIGIOSO					1		1
<b>Religioso Totale</b>						<b>1</b>		<b>1</b>
PERSONALE IN CONVENZIONE LEGGE N°3/2008	RUOLO AMMINISTRATIVO		3			1		4
<b>PERSONALE IN CONVENZIONE LEGGE N°3/2008 Totale</b>			<b>3</b>			<b>1</b>		<b>4</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>200</b>	<b>308</b>	<b>28</b>	<b>605</b>	<b>971</b>	<b>101</b>	<b>2213</b>

Locali e, conseguentemente si provvederà ad aggiornare il presente Piano. Alla data del 01.01.2022 la situazione dell'organico risulta essere la seguente:

### **2.3.4. I PROTAGONISTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

#### **➤ LA DIREZIONE AZIENDALE**

La Direzione aziendale è la prima protagonista della attività di prevenzione della corruzione, assicura il suo fondamentale sostegno all'azione del Responsabile della prevenzione della corruzione, e in particolare:

- a) designa e supporta il R.P.C. (art. 1, comma 7, legge n. 190/12);
- b) designa e supporta il Responsabile della Trasparenza (art. 43, legge n. 33/13);
- c) adotta il P.T.P.C. ed i suoi aggiornamenti;
- d) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, regolamenti per le sponsorizzazioni, atti di organizzazione dell'attività libero professionale etc.);
- e) garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento a quelli organizzativi.

#### **➤ IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione competono le seguenti attività e funzioni:






- ✚ l'elaborazione dell'apposita sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione relativa alla prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dalla Direzione aziendale entro il 31 gennaio di ogni anno, nei contenuti, che caratterizzano anche l'oggetto dell'attività del Responsabile ;
- ✚ la pubblicazione sul sito aziendale nella sessione dedicata alla prevenzione della corruzione e la verifica della trasmissione del P.I.A.O. approvato, comprendete la predetta sezione, al Dipartimento della Funzione Pubblica;
- ✚ la definizione di appropriate procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- ✚ la verifica dell'attuazione del piano, nonché la proposta di modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione;
- ✚ la verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'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;
- ✚ l'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- ✚ la pubblicazione sul sito web dell'Amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, della relazione recante i risultati dell'attività svolta e la relativa trasmissione all'organo di indirizzo politico. 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. Tale relazione viene trasmessa contestualmente all'OIV per le attività di valutazione dei medesimi dirigenti. 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, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, risorse professionali, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.





### **I DIRIGENTI**

Ferme restando le responsabilità di tutti gli altri protagonisti del sistema di prevenzione della corruzione, i dirigenti svolgono in via prioritaria le seguenti funzioni:

-  attività informativa nei confronti del Responsabile anticorruzione, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione;
-  partecipano al processo di gestione del rischio;
-  assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
-  adottano le misure gestionali, 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 nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012);

### ➤ **ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE E ALTRI ORGANI DI CONTROLLO INTERNO**

Nell'ambito della prevenzione della corruzione gli organismi di controllo interno, l'O.I.V. ed il Collegio Sindacale, svolgono i seguenti compiti:

-  partecipano al processo di gestione del rischio;
-  svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione 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 Piano Triennale per la prevenzione della corruzione.

### **L'UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI.**

L'Azienda attualmente non ha ancora attivato un proprio Ufficio dei Procedimenti disciplinari e risulta ancora operativo quello attivato da ATS Sardegna, anche a seguito di accordo espresso tra i vertici ARES e i direttori generali della AA.SS.LL. Oltrepassata la fase iniziale di attivazione delle strutture sarà quindi uno degli adempimenti prioritari quello di predisporre e far nominare un apposito UPD aziendale, con l'approvazione dei

rispettivi regolamenti per il personale Dirigente e del personale del Comparto Sanità, che svolga i seguenti compiti:

- ✚ espletare i procedimenti disciplinari di competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- ✚ provvedere alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- ✚ proporre l'aggiornamento del Codice di comportamento e relazionare semestralmente al Responsabile Anticorruzione sulla attività del proprio Ufficio.

#### ➤ **IL RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE**

Il Piano Nazionale Anticorruzione attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio. Tra le figure principali del sistema anticorruzione assume pertanto un ruolo da protagonista il responsabile aziendale della formazione. Anche in questo caso la carenza relativa a tale figura in Azienda dovrà essere risolta nel breve periodo. Si ritiene opportuno sottolineare l'importanza della collaborazione di questa figura con il Responsabile anticorruzione, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- ✚ collegamento tra la formazione specifica e il programma annuale della formazione;
- ✚ i criteri per scegliere i soggetti che erogano la formazione;
- ✚ i contenuti, i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

#### ➤ **IL PERSONALE DIPENDENTE E I COLLABORATORI DELL'AZIENDA.**

Prevenire la corruzione è un'azione collettiva che passa sicuramente attraverso l'impegno e la responsabilità di tutti i protagonisti che sin qui sono stati indicati, ma è in primo luogo un'azione sinergica di tutti coloro che operano a qualsiasi titolo nell'Azienda. Moltissimi dipendenti e collaboratori svolgono infatti la propria attività a contatto con il pubblico contribuendo a costruire l'immagine dell'Azienda sia in termini positivi che negativi. Appare evidente, pertanto, che la consapevolezza di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati devono assumere per tutti i dipendenti e per i collaboratori un'estrema importanza. Ciascun dipendente/collaboratore è tenuto quindi:

- ✚ a partecipare al processo di gestione del rischio;
- ✚ ad osservare le misure contenute nel P.T.P.C.;
- ✚ a segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al R.P.C o all'U.P.D. (art.54 bis del D.Lgs 165/01);
- ✚ a segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- ✚ a segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPC l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- ✚ a tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

#### ➤ **IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE (RASA) E SOGGETTO GESTORE PER L'ANTIRICICLAGGIO**

Con il comunicato del 28 ottobre 2013, l'ANAC ha stabilito che ogni stazione appaltante è tenuta "a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)". Successivamente, il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel Piano di Prevenzione della Corruzione di ogni stazione appaltante, individuandola come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. L'obbligo informativo – consistente nell'implementazione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici. Con deliberazione del Deliberazione del Direttore Generale n. 12 del 27/01/2022 è stato nominato il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante.

### **2.3.5 VALUTAZIONE DEL DIVERSO LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI CORRUZIONE DELLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI - INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITA' A RISCHIO.**


In coerenza con quanto previsto dalla norma relativamente alla valutazione delle aree a rischio e pur in presenza, come più rappresentato, di una incompleta organizzazione aziendale a causa dell'assenza dell'Atto Aziendale, si è provveduto comunque alla rilevazione sintetica delle attività in essere da parte della costituenda Azienda e della mappatura del rischio di corruzione in relazione all'esistente, utilizzando gli elaborati predisposti dall'ATS Sardegna che verranno implementati e adattati al momento

L'iter seguito è stato quello di partire dall'analisi dei procedimenti adottati dalle singole strutture aziendali e dall'esame dei processi e macro-processi organizzativi riferito ad un'azienda già formata e costituita che dovranno essere implementati nella realtà aziendale a seguito dell'attivazione delle strutture conseguente all'approvazione dell'Atto aziendale.

All'esito della suddetta analisi, sono stati aggregati, conformemente alle aree di rischio generali e specifiche così come individuate dall'aggiornamento al PNA e alle specificità emerse dall'esame del contesto esterno e interno, alcuni processi a medio e alto rischio di corruzione, sui quali è stata focalizzata l'attenzione al fine di individuare appropriate e concrete misure di prevenzione e riduzione del rischio.

In particolare, è stato valutato il grado di rischio dei principali processi connessi con le attività aziendali più rilevanti, con specifico riferimento alla probabilità (media e alta) che si verifichi un evento corruttivo.

I livelli di rischio sono così definiti:

-  Medio (normativa di principio, ridotta pubblicità, attività a media discrezionalità, controlli ridotti, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo). Nei casi in cui sia riscontrabile un livello di rischio medio, saranno assicurati controlli e verifiche semestrali, definizione di protocolli operativi o regolamenti e implementazione delle misure preventive specificatamente individuate.

- Alto (alta discrezionalità, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo, potere decisionale concentrato in capo a singole persone, rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi, rischio di danni alla salute in caso di abusi, notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi). Nelle attività in cui è previsto un alto livello di rischio, saranno effettuati controlli e verifiche trimestrali, saranno definiti i protocolli operativi e rafforzate le misure preventive specificatamente individuate.

Nell'allegato 2 sono contenute le schede con l'individuazione di:

- processi a rischio;
- singole misure di prevenzione e contenimento;
- grado di rischio;
- tempi del monitoraggio;
- Struttura o Strutture di riferimento;
- Responsabile/i delle misure.

Si evidenzia, come peraltro già anticipato, che la complessa fase di riorganizzazione del Sistema Sanitario in atto, sia in ambito regionale che in ambito aziendale, suggerisce di concentrare l'attenzione su un numero limitato di processi particolarmente rilevanti, rinviando al 2023, come da indicazioni del PNA, la definizione e il completamento della mappatura. In ogni caso, in ipotesi di sopravvenute e rilevanti modifiche organizzative, le attività/processi potranno essere eventualmente integrate o approfondite nel corso dell'anno.

La stessa attività formativa destinata ai Settori più a rischio potrà essere l'occasione per raccogliere osservazioni e proposte utili al monitoraggio delle attività, per affinare la loro classificazione per grado di rischio e per l'implementazione delle misure anticorruzione necessarie.

### **2.3.6. Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL N 1 di Sassari**

Il 19 giugno 2013 è entrato in vigore il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 giugno 2013), che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Le previsioni del Codice, che supera il precedente decreto del Ministro per la funzione pubblica del 28 novembre 2000, sono integrate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni. Il Codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni (definite dal Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165), con estensione degli obblighi di condotta, per quanto possibile, a tutti i collaboratori o consulenti. La violazione degli obblighi contenuti nel codice di comportamento costituisce fonte di responsabilità disciplinare. L'ASL n. 1 di Sassari, non ha ancora avuto la possibilità di redigere un proprio Codice di Comportamento e, pertanto, nelle more della predisposizione provvederà a recepire il Codice di Comportamento dell'ATS Sardegna, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 501 del 29/06/2017, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001, integra e specifica il codice adottato dal D.P.R. n. 62 del 16/04/2013, tiene conto delle Linee guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e disciplina i seguenti ambiti:

- regali, compensi e altre utilità;
- partecipazione ad associazioni e organizzazioni;
- comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse;
- obbligo di astensione;
- prevenzione della corruzione;
- trasparenza e tracciabilità;
- comportamento nei rapporti privati;
- comportamento in servizio;
- rapporti con il pubblico; disposizioni particolari per i dirigenti responsabili di struttura;
- contratti ed altri atti negoziali;
- ricerca e sperimentazioni;
- attività sanitaria e libera professione;
- sponsorizzazioni e atti di liberalità;
- rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici;
- vigilanza, monitoraggio e attività formative;
- responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice;
- effetti della violazione del Codice sul sistema premiante.

### **2.3.7 . MISURE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE.**

Il Piano Nazionale e i Piani Aziendali prevedono essenzialmente tre obiettivi:

- ✓ Ridurre l'opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- ✓ Incentivare i controlli e quindi la possibilità di scoprire gli eventi corruttivi;
- ✓ Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Le misure di ordine generale che l'Azienda intende mettere in campo al fine di prevenire il rischio di corruzione sono le seguenti:

- ✓ rotazione dei dipendenti;
- ✓ conflitto di interessi;
- ✓ monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- ✓ patto d'integrità negli affidamenti;
- ✓ trasparenza e pubblicazione degli atti;
- ✓ azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- ✓ potenziamento sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).

E' chiaro che nella fase iniziale di attività dell'Azienda, appena costituita, ed in assenza di un Atto Aziendale e di una organizzazione definita con le la necessaria implementazione della risorse umane, tutta una serie di misure non potranno che essere applicate con gradualità e, nella prima fase, addirittura non applicate per la limitatezza delle risorse umane e organizzative.

➤ **La rotazione del personale.**

Il quadro normativo vigente nel pubblico impiego privatizzato prevede l'istituto della rotazione del personale. Tale istituto è rimesso all'autonoma determinazione delle amministrazioni che - tenuto conto di eventuali limiti oggettivi e/o soggettivi - potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici.

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

Va, inoltre, sottolineato che la rotazione ordinaria rappresenta soprattutto un criterio organizzativo che, nell'ottica del rispetto dei canoni di buona amministrazione ex art. 97 della Costituzione, può contribuire alla crescita del personale rispetto alle conoscenze ed alle competenze, favorendo lo sviluppo professionale del lavoratore. In tale ottica, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ai fini del miglior utilizzo delle risorse umane disponibili.

Peraltro, la rotazione del personale oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e come misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici in quanto favorisce l'acquisizione di competenze di carattere trasversale e professionalità finalizzate al conseguimento delle finalità istituzionali, è altresì prevista in modo espresso dalla legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (art. 1, c. 4, lettera e); comma 5, lettera b); comma 10, lettera b), come misura anticorruzione (la rotazione degli incarichi, d'altra parte, già dalla "Riforma Brunetta" - D. Lgs. n. 150/2009 - è stata considerata anche strumento fondamentale di trasparenza e contrasto della corruzione essendo stata inserita come una delle misure gestionali: l'articolo 16, c. 1, lett. I quater, del D. Lgs n. 165/2001 prevede che i dirigenti, con provvedimento motivato, facciano ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva).

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

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

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

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

### ➤ **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.

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

- attivazione di meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici, ad elevato



rischio (lavoro in team che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

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

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

#### ➤ **La rotazione ordinaria del personale dirigenziale**

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

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

I dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva collaborazione e dell'accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento.

Per quanto concerne, nello specifico, la rotazione del personale in ambito veterinario, considerato che l'attività di vigilanza e controllo è svolta di norma da Dirigenti Veterinari che operano a volte singolarmente e non in coppia, ai fini del miglioramento della trasparenza e della prevenzione dell'insorgenza di conflitti d'interesse nell'esecuzione dei controlli, allo scopo di garantire il rispetto delle norme per la prevenzione della corruzione, ad esclusione di situazioni caratterizzate da comprovati disagi organizzativi, il criterio per la rotazione del personale è stato definito a suo tempo e rimane in vigore quanto stabilito nel PTPCT 2018/2019 nel Piano rotazione allegato.

#### ➤ **La rotazione ordinaria del personale non dirigenziale**

Il principio della rotazione si applica con gradualità anche al personale non dirigenziale, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, avendo cura di evitare discontinuità e rallentamenti nell'attività conseguenti a possibili interferenze con la rotazione del personale dirigenziale.



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

➤ **La rotazione straordinaria del personale**

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

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

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

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

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

➤ **Tempistica ed immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria**



L'art. 16, comma 1, lett. 1 quater, del D.Lgs. n. 165/2001 richiama la fase di "avvio di procedimenti penali e disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni (a differenza dell'art. 13 della legge n. 97/2001 che prevede il trasferimento del dipendente a seguito di "rinvio a giudizio").

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

Per quanto sopra, l'ANAC (Delibera n. 215/2019) ritiene che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1 quater, del D.Lgs. n. 165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di

cui all'art. 335 c.p.p.. Ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale.

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

➤ **Durata della rotazione straordinaria**

La ASL provvederà caso per caso, adeguatamente motivando sulla durata della misura.

➤ **Il rapporto tra rotazione straordinaria e trasferimento d'ufficio in caso di rinvio a giudizio**

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

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto attiene le dichiarazioni pubbliche di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario previste dalla Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, l'ATS ha provveduto ad identificare e segnalare ad AGENAS i dirigenti/professionisti interessati e ad attivare l'applicativo previsto da AGENAS per la compilazione on line delle dichiarazioni da effettuarsi tramite il sito [www.agenas.it](http://www.agenas.it).

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

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

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

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

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

L'amministrazione provvede al protocollo, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti

dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura.

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

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

I soggetti coinvolti nelle procedure di gestione del contratto pubblico sono tenuti a comunicare immediatamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP il conflitto di interesse che sia insorto successivamente alla dichiarazione. Il RUP rende la dichiarazione al soggetto che l'ha nominato e al proprio superiore gerarchico. La comunicazione è resa per iscritto e protocollata per acquisire certezza in ordine alla data.

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

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

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

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

La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013. In particolare, occorre valutare se la causa di astensione sia grave e metta in pericolo l'adempimento dei doveri di integrità, indipendenza e imparzialità del dipendente, considerando, altresì, il pregiudizio che potrebbe derivare al decoro e al prestigio dell'amministrazione di appartenenza. La stazione appaltante deve valutare tutte le circostanze del caso concreto, tenendo conto della propria organizzazione, della specifica procedura espletata nel caso di specie, dei compiti e delle funzioni svolte dal dipendente e degli interessi personali dello stesso.

Nel caso in cui il soggetto responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o nel caso di dirigente, il titolare del potere sostitutivo, accerti la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, lo stesso affida il procedimento ad un diverso funzionario dell'amministrazione oppure, in carenza di idonee figure professionali, lo avoca a sé stesso. Inoltre, tenuto conto della natura e dell'entità del conflitto di interesse, del ruolo svolto dal dipendente nell'ambito della specifica procedura e degli adempimenti posti a suo carico, può adottare ulteriori misure che possono

consistere:

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

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

Per quanto riguarda l'esclusione dalla gara del concorrente si fa riferimento a quanto previsto dalle Linee guida dell'ANAC n. 15/2019.

Tra le misure atte a prevenire il rischio di interferenza, particolare attenzione deve essere dedicata al rispetto degli obblighi di dichiarazione, di comunicazione e di astensione.

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

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

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

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

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

#### **2.3.10 Nuovo art. 35 bis D.Lgs 165/2001**

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

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

pubblici impieghi;

- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari". Misure da attuare:

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

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

### **2.3.11. Incompatibilità/Inconferibilità incarichi**

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

L'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). Si ricorda che l'obbligo suddetto, previsto dall'art.20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

L'incompatibilità, invece, comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena

di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. h). L'ATS Sardegna applica le seguenti misure di prevenzione:

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

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

L'ATS Sardegna, ha disciplinato la materia (vedi paragrafo 16) in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 del D.Lgsn. 165/2001 e s.m.i.”.

L'Azienda detta i criteri oggettivi e predeterminati, tali da escludere casi d'incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di attività/incarichi extraistituzionali del personale dipendente che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e non siano compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio.

Controlli e Regime Sanzionatorio:

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

#### **2.3.11.2. Revolving door-Pantouflage**

Al fine di assicurare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgsn. 165/2001 che prevede il divieto, a carico dei dipendenti (sono da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo – cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015) che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti



INFORMATIVA EX ART. 53, COMMA 16 TER, D.LGSN. 165/2001

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

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

//////////

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

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma)

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

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



### **2.3.12 PATTO D'INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI**

Secondo quanto previsto dall'art.1 comma 17 della legge 190/2012, tra le misure di prevenzione le Amministrazioni possono utilizzare i Patti d'integrità e i Protocolli di legalità; si tratta di strumenti tesi a rafforzare la normativa antimafia mediante forme di controllo non obbligatorie ma volontariamente pattuite tra i soggetti coinvolti ossia la Stazione appaltante e gli operatori economici che partecipano alla gara. Lo scopo di tali patti è quello di prevenire il fenomeno corruttivo e valorizzare comportamenti eticamente adeguati. Al fine di rendere operativa la procedura le Stazioni appaltanti inseriscono negli avvisi, nelle lettere d'invito e nei bandi di gara, una cosiddetta "clausola di salvaguardia". La mancata accettazione ed il mancato rispetto del protocollo di legalità danno luogo all'esclusione dalla gara ovvero alla risoluzione del contratto.

Tali modelli sono stati adottati con deliberazione del Commissario Straordinario della ASL di Sassari n.706 del 13/08/2015 "Preso d'atto della Deliberazione della Giunta Regionale della Sardegna n. 30/16 del 16/06/2015 "Adozione misure di contrasto alla corruzione: applicazione dell'art. 4 del Regolamento ANAC 2014 in materia di attività di vigilanza e di accertamenti ispettivi e dell'art. 1, comma 17 della legge n. 190/2012 sui Patti di Integrità". Adozione del modello di Patto di integrità della ASL n. 1 di Sassari".

### **2.3.13 TRASPARENZA E PUBBLICAZIONE DEGLI ATTI**

A norma di quanto previsto dal Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" l'Asl di Sassari procederà ad adottare il PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ, le cui misure dovranno essere collegate con le misure e gli interventi del presente Piano.

### **2.3.14 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE**

L'Azienda attiverà e promuoverà l'utilizzo di canali di ascolto in chiave propositiva da parte dei portatori di interesse e dei rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini rispetto all'azione dell'Azienda al fine di migliorare ed implementare la strategia di prevenzione della corruzione.

Verranno attivati canali dedicati alla segnalazione e confronto attraverso lo sviluppo degli strumenti di relazione con i cittadini.

L'Azienda continuerà ad effettuare azioni di sviluppo dell'URP Aziendale e implementerà strumenti per la crescita sistematica del rapporto di comunicazione biunivoco con i cittadini attraverso azioni a carattere generale e di comunicazione (sviluppo canali dedicati, adesione a linea amica..).

### **2.3.15 POTENZIAMENTO SISTEMA DI TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)**

Il dipendente che segnala illeciti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, viene tutelato secondo quanto disposto dal comma 51 dell'art.1 della legge n. 190/2012.

E' vietato qualsiasi comportamento discriminante nei confronti dei dipendenti o collaboratori che segnalano un fatto illecito. Per misure discriminatorie si intendono quelle sotto indicate avviate nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico e che a tale evento siano da collegarsi:

- ✓ avvio di azioni disciplinari ingiustificate;
- ✓ molestie sul luogo di lavoro;
- ✓ ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro lesive dei diritti del lavoratore.

Nel corso dell'anno, non appena sarà possibile attivare la relativa piattaforma informatica, sarà cura dell'Azienda abilitare i dipendenti all'accesso attraverso il supporto del Servizio Sistemi informativi.

In ottemperanza alla raccomandazione del PNA, il sistema informatico di segnalazione consentirà di:

- ✓ indirizzare la segnalazione al destinatario competente assicurando la copertura dei dati identificativi del segnalante;
- ✓ identificare il segnalante, ove necessario, da parte del destinatario competente nel caso di segnalazione non anonima.

Il sistema dovrà consentire l'identificazione e la posizione di organigramma del segnalante (nel caso di segnalazione non anonima) solo in caso di necessità, ossia in presenza delle situazioni legali che rendono indispensabile disvelare l'identità, a soggetti autorizzati che siano in possesso delle specifiche credenziali.

La gestione delle segnalazioni attraverso il sistema informatico avrà il vantaggio di non esporre il segnalante alla presenza fisica dell'ufficio ricevente e consente di "convogliare" le segnalazioni soltanto al corretto destinatario, preventivamente individuato in base alla competenza, evitando la diffusione di notizie delicate.

Le segnalazioni in particolare saranno indirizzate al Responsabile della prevenzione della corruzione, che, ricevuta la segnalazione, dovranno assumere le adeguate iniziative a seconda del caso.

La tutela dei denunciatori sarà supportata anche da un'attività di sensibilizzazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite. A tal fine continueranno ad essere a disposizione di tutti i dipendenti, mediante la intranet aziendale, avvisi informativi relativi all'importanza dello strumento e al diritto di tutela del whistleblower nel caso di segnalazione di azioni illecite.

### **2.3.16. PROCEDURE PER LA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI**

Al fine di garantire una diffusione capillare delle informazioni inerenti alla normativa anticorruzione (e relativi strumenti adottati, ad esempio il Codice di Comportamento) nonché alla condivisione di comportamenti organizzativi virtuosi improntati al rispetto dei valori etici e di legalità, l'Azienda, in ottemperanza a quanto stabilito dalla norma, attua un programma di interventi formativi, da realizzarsi entro il 30 novembre di ogni anno.

Le attività di formazione si articoleranno su due livelli:

- ✓ il primo prevede la realizzazione di eventi formativi destinati a tutti i dipendenti e collaboratori dell'azienda da compiersi sia a livello centrale che a livello di articolazione aziendale sui temi dell'etica e della legalità, della conoscenza della normativa di riferimento sulla prevenzione della

corruzione. Il processo di informazione/ formazione dovrà essere facilitato e rafforzato dai Responsabili delle strutture.

- ✓ Il secondo livello di approfondimento riguarda il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e i funzionari addetti che svolgono la loro attività in settori che presentano un elevato grado di rischio di corruzione. Gli argomenti del secondo livello di formazione riguarderanno l'analisi approfondita della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione, e più in generale sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione in collaborazione con il Responsabile della Formazione, con la definizione del programma di formazione e la vigilanza sulla sua attuazione, assolve i propri obblighi circa l'individuazione delle procedure idonee per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione.

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

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

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

- ✚ Approfondimenti sulla normativa relativa al conflitto di interessi;
- ✚ Analisi degli obblighi di pubblicità e trasparenza per le stazioni appaltanti (D.Lgs.33/2013)";
- ✚ Approfondimenti sulla Responsabilità Amministrativa;
- ✚ Integrazione e approfondimento della mappatura del rischio di tutte le strutture aziendali e individuazione delle azioni da adottare, anche con l'esame di casi pratici e organizzazione di appositi *focus group*;

Nel corso del 2022 si procederà, compatibilmente con l'implementazione organizzativa in corso, con le iniziative di formazione/informazione base rivolte ai dipendenti privilegiando quelle da remoto, considerata l'emergenza ancora in corso, con intereventi diretti del Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione, con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di risorse possibili.

Verranno altresì programmati eventi formativi specifici per il personale delle aree a maggior rischio e per l'Ufficio del RPAC.

Nell'ambito della specificità dei percorsi formativi in sanità sarà attribuita nel corso del 2022, una particolare attenzione alla partecipazione dei dipendenti ad eventi di formazione o aggiornamento professionale sponsorizzati.

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

Il rischio specifico in relazione alla suddetta situazione è dato dal potenziale condizionamento, nei confronti di singoli professionisti o di equipe mediche, dei comportamenti prescrittivi ovvero, per quanto attiene alle sperimentazioni cliniche, alla possibile manipolazione di dati al fine di agevolare un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca, quote sul fatturato ovvero comparaggio)

Come noto i contratti collettivi nazionali di lavoro del comparto sanità riconoscono al dirigente medico la libertà di autodeterminare il proprio percorso di aggiornamento professionale facoltativo, scegliendo in autonomia le iniziative formative, salvo obbligo di documentare debitamente la partecipazione alle stesse.

Ciò comporta che un eventuale diniego da parte dell'Azienda in ordine alla partecipazione del dipendente a particolari iniziative di aggiornamento professionale possa trovare giustificazione solo se fondato su basi oggettive ovvero su comprovate esigenze di servizio; in caso contrario potrebbe determinarsi un ingiusto danno alla professionalità del dirigente, risarcibile in via giudiziaria.

E' pertanto necessario individuare strumenti gestionali in grado di conciliare la necessità di effettuare un monitoraggio sulle situazioni a rischio richiamate con la libertà del dirigente in materia di formazione e aggiornamento professionale.

A tal fine questa Azienda Sanitaria provvederà nel corso del 2022 ad aggiornare le procedure tese a disciplinare la partecipazione dei propri dipendenti ad eventi sponsorizzati da Case Farmaceutiche o produttrici di beni sanitari, già adottate con apposito Regolamento approvato con Deliberazione del Commissario Straordinario della ASL n°1 di Sassari n.1070 del 07/12/2015.

Nel prossimo Piano sarà obbiettivo specifico dell'Azienda l'attivazione di un sistema di verifica circa il rispetto del suddetto Regolamento da parte dei dipendenti, mediante un sistema di controlli incrociati sui flussi di dati in possesso del Servizio Formazione e del Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane.

Ciò consentirà di far emergere, in occasione della eventuale partecipazione di dirigenti medici a commissioni per l'aggiudicazione di servizi o forniture ovvero di sperimentazioni cliniche, la sussistenza di potenziali conflitti di interesse, con la conseguente adozione di misure di riduzione dei possibili rischi. Sarà inoltre cura dell'Azienda promuovere la regolamentazione delle iniziative sponsorizzate promosse dalle Strutture Aziendali.

#### **2.3.16.1. OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, chiamato a vigilare sull'osservanza e l'attuazione del Piano, già richiamati di volta in volta nel presente Piano, attengono con particolare riguardo alle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione.

#### **2.3.17. COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE**

L'efficacia del Piano triennale dipende dalla collaborazione effettiva di tutta l'Organizzazione e pertanto è indispensabile che lo stesso sia coordinato rispetto a tutti gli altri strumenti programmazione dell'Azienda. Particolarmente importante è il legame da stabilire con il Ciclo della Performance e con gli obiettivi strategici

aziendali.

In questo senso la ASL n. 1 di Sassari inserirà nella programmazione del Ciclo della Performance per il 2022 e per gli anni seguenti, gli obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del Piano Triennale.

In tal modo le attività svolte dall'Azienda per l'attuazione del PTA, dovranno essere inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance, sia sul fronte della Performance Organizzativa, sia su quella individuale.

In tal modo l'Organismo di Valutazione verificherà la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione..

Inoltre il sistema incentivante aziendale dovrà essere legato al raggiungimento degli obiettivi di budget che ricomprenderanno le attività programmate dal Piano triennale per la riduzione dei rischi corruttivi.

### **2.3.18. MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DEL PIANO**

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, , redige una relazione recante i risultati dell'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti presentati dai dirigenti sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano stesso, e la trasmette al Direttore Generale ed all'OIV. Della stessa relazione viene data pubblicazione nell'apposita sezione del sito web.

Il presente Piano potrà essere adeguato in seguito ad approfondimenti di analisi organizzativi e di rischio.

### **2.3.19. RESPONSABILITA' IN CASO DI VIOLAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Ai sensi dell'art. 1, comma 14 della legge 190/2012, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il RPC risponde ai sensi dell'art. 21 del Decreto Legislativo 165/2001, nonché per omesso controllo, sul piano disciplinare.

La violazione da parte dei dipendenti dell'Azienda delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.

### **2.3.20. IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA**

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

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

Il D.Lgs 97/2016 «Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle

amministrazioni pubbliche», di seguito “D.Lgs 97/2016”, ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini. Il novellato art. 1, comma 1, del decreto ridefinisce la trasparenza come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzate a *“favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche”*, ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all’attività amministrativa.

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

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

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

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

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

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

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

In questo modo, attraverso la pubblicazione *on line*, si offre la possibilità agli *stakeholder* di conoscere sia le

azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della *performance* ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel *ciclo di gestione delle performance*.

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

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

1. accesso civico (con la richiesta di pubblicazione obbligatoria dei dati sul sito Amministrazione trasparente, qualora questi non fossero già presenti);
2. accesso documentale (secondo la legge 241 del 1990);
3. accesso generalizzato (secondo il D.Lgs 97/2016) che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico, prevedendo che chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle PA, nel rispetto di limiti di tutela giuridicamente rilevanti.

#### **ALLEGATI:**

- 1. CATALOGO PROCEDIMENTI asl 2022**
- 2. TABELLA RISCHI E MISURE 2022/2024**
- 3. OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE 2022/2024**
- 4. NORMATIVA DI RIFERIMENTO**
- 5. MISURAZIONE DEL RISCHIO**



## SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 3.1 - Struttura organizzativa

La struttura organizzativa della ASL n°1 di Sassari risulta ancora cristallizzata a quella della precedente organizzazione frutto della riforma del Servizio Sanitario Regionale legata alla Legge Regionale n°17 del 2016 in quanto non è stato ancora approvato il nuovo Atto Aziendale sulla base delle vigenti riforma di cui alla LR 24 del 2020. Le linee guida per la predisposizione dell'Atto Aziendale sono state approvate in via preliminare dalla Giunta Regionale con la delibera n°12/15 del 07/04/2022 e sono state inviate alla Commissione Consiliare competente per il vaglio definitivo ai sensi dell'art. 16, comma 1, della LR 24/2020.

Attualmente l'organizzazione aziendale è caratterizzata dalle componenti strutturali previste dalla Legge Regionale n. 24 del 11 settembre 2020 e nell'allegato alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 12/15 del 7 aprile 2022.

Al momento non è ancora stato adottato l'Atto Aziendale, che risulta in corso di elaborazione e, pertanto l'Azienda risulta strutturata, in ossequio a quanto disposto dall'art. 3 comma 1 bis, del Decreto Legislativo 502/92 e ss.mm.ii. e dall'art. 10, commi 1 e 3 della Legge Regionale 24/2020, dal Direttore Generale, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 51/37 del 30/12/2021, secondo gli indirizzi predisposti dalla Giunta Regionale.

Sotto il profilo amministrativo, attualmente, l'Azienda è composta da due servizi di staff, il Servizio Giuridico Amministrativo e il Servizio Programmazione e Controllo.

In particolare il Servizio Giuridico Amministrativo, struttura ereditata dalla precedente organizzazione amministrativa di ATS Sardegna, svolge le sue competenze in diversi ambiti dell'attività aziendale.

Essa, infatti abbraccia le attività più propriamente afferenti ad un servizio di Affari Generali, quali la pubblicazione atti, la gestione del protocollo informatico e l'attività di supporto tecnico amministrativo al Direttore Generale ma, altresì, attività quali gli acquisti al momento entro la soglia di € 40.000,00, ha limitata competenza in materia di personale.

Il Servizio Programmazione e Controllo si occupa invece di tutte le funzioni legate alla programmazione sanitaria e amministrativa comprendente in particolare la predisposizione del Budget con la definizione delle schede di obiettivi da attribuire alle singole strutture sanitarie e amministrative nell'ambito del ciclo delle performance, la gestione del sistema autorizzativo per la gestione delle risorse assegnate alla ASL; la tenuta della contabilità analitica, la predisposizione dei piani per l'abbattimento delle liste di attesa e attualmente anche la gestione di tutta una serie di competenze che dovrebbero essere presidiate dai Servizi Centrali di ARES Sardegna ma che, nella situazione attuale ancora in piena evoluzione, devono essere gestite localmente.



I limiti alle competenze discendono dall'organizzazione che l'organo politico ha impresso con la Legge Regionale 24 del 11.09.2020, in forza della quale sono delineate le competenze ed i limiti propri di ognuno degli attori del Sistema Sanitario Regionale.

In ogni caso, la riforma attuata con la sopra citata Legge Regionale prevede di affidare alle Aziende Sanitarie Locali la responsabilità dei processi assistenziali nei rispettivi territori di competenza e ad ARES di assicurare in maniera centralizzata le funzioni di supporto tecnico-amministrativo per tutte le aziende sanitarie di erogazione del sistema regionale.

Sotto il profilo dell'organizzazione sanitaria il modello è strutturato in tre macro articolazioni:

- a) Presidio Ospedaliero. Con riferimento all'organizzazione sanitaria dei presidi ospedalieri la Legge 24/2020 ritiene di poter superare l'articolazione della rete ospedaliera caratterizzata dalla presenza di presidi ospedalieri unici di area omogenea, eventualmente ripartiti in più stabilimenti sebbene, nelle more della riorganizzazione trovino ancora applicazione le disposizioni del Documento del 25 ottobre 2017 con il quale il Consiglio Regionale della Regione Sardegna ha approvato la rete ospedaliera attualmente vigente;
- b) Distretti socio sanitari, che nell'Azienda Socio sanitaria Locale n.1 di Sassari sono tre (Sassari, Alghero e Ozieri), costituiscono il momento di sintesi tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale;
- c) Dipartimenti territoriali e strutturali;

### ➤ **L'Organigramma aziendale**

L'organigramma è il principale strumento, a livello macro, di formalizzazione della reale gerarchia organizzativa di una azienda. Esso è la rappresentazione grafica della struttura organizzativa finalizzato a rappresentare le strutture, e a descrivere sinteticamente funzioni, compiti e rapporti gerarchici esistenti nell'ambito di una determinata struttura organizzativa. Allo stato attuale l'organizzazione aziendale non è stata ancora compiutamente delineata e sarà pertanto successivamente aggiornata questa parte del Piano.

Si darà tuttavia conto del modello organizzativo delineato dalla vigente normativa Regionale.

Il modello organizzativo delineato nella Deliberazione 12/15 del 7 aprile 2022 evidenzia la:

- direzione aziendale (Direttore Generale; Direttore Sanitario; Direttore Amministrativo);
- strutture e funzioni di staff della direzione aziendale: Collegio Sindacale, OIV, Collegio di Direzione, Consiglio delle Professioni sanitarie; Affari Generali, Trasparenza e Anticorruzione, Direttore Socio Sanitario;
- Tecnostruttura amministrativa: Bilancio, Tecnico - logistico e patrimonio, Pianificazione strategica, Acquisti, ICT, GRU (personale), Programmazione e Controllo di gestione e flussi informativi;
- Organizzazione sanitaria per l'erogazione dell'assistenza: Assistenza Collettiva, Dipartimento di

Prevenzione, Sanità Penitenziaria, Assistenza Territoriale, Distretti, Servizio Prevenzione e Protezione, Assistenza Ospedaliera, Dipartimento di Salute Mentale, Rischio Clinico, Assistenza Farmaceutica, Presidi Ospedalieri, Clinical Governance. L'assetto prevede una organizzazione di tipo dipartimentale.

### **3.2 Organizzazione del lavoro agile**

#### Sperimentazione di Piano Organizzativo del Lavoro Agile

Questa Sezione delinea l'organizzazione del lavoro agile (smart working), secondo quanto previsto dal D.L. n. 34/2020, convertito dalla L. n. 77/2020, il quale disponeva all'art. n. 263, per le Pubbliche Amministrazioni, la redazione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno, quale strumento di programmazione finalizzato a promuoverne l'attuazione in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa. Il Decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha poi previsto che il POLA confluisca all'interno del PIAO (Piano Integrato di Attività e di Organizzazione).

#### ➤ **Quadro normativo - Norme di riferimento**

Si richiamano le principali disposizioni, circolari applicative e linee di indirizzo in materia di lavoro agile:

La legge 7 agosto 2015, n. 124 recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" - c.d. riforma Madia - ha avviato una progressiva apertura del pubblico impiego a forme alternative e flessibili di rapporto di lavoro, ispirate all'obiettivo di conciliare i tempi di vita e i tempi di lavoro. In particolare, l'art. 14 della legge su citata ha previsto l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare "...misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera".

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 che ha influenzato la legislazione nazionale, concernente la creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale, al punto 48, evidenzia che il Parlamento "sostiene il <<lavoro agile>>, un approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione, che non richiede necessariamente al lavoratore di essere presente sul posto di lavoro o in un altro luogo predeterminato e gli consente di gestire il proprio orario di lavoro, garantendo comunque il rispetto del limite massimo di ore lavorative giornaliere e settimanali stabilito

dalla Legge e dai contratti collettivi...”.

La legge 22 maggio 2017, n.81, recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”, che al capo II (artt. 18-24) configura la disciplina del lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa. La prestazione lavorativa è eseguita in parte all’interno di locali aziendali e in parte all’esterno, senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Detta disciplina si applica anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, in quanto compatibile, come previsto dall’articolo 18 comma 3 della medesima legge. n. 81/2017.

La Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante (**Linee guida in materia di lavoro agile**), contenenti le prime indicazioni operative per l’attuazione graduale del lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni anche attraverso una fase iniziale di sperimentazione.

Il Decreto legge n. 17 marzo 2020 n.18 e, nello specifico, l’articolo 87 che ha imposto ai datori di lavoro pubblici e privati, fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da covid - 19, di limitare la presenza del personale nei luoghi di lavoro per assicurare esclusivamente le attività ritenute indifferibili. La norma ha autorizzato il lavoro agile in modalità semplificata, prevedendo la possibilità in via eccezionale di derogare agli accordi individuali e agli obblighi informativi di cui alla citata legge 22 maggio 2017, n. 81 nonché di utilizzare gli strumenti informatici nella disponibilità del dipendente.

Il D.L. n. 34/2020, convertito dalla L. n. 77/2020 il cui art. 263 dispone che le Pubbliche Amministrazioni entro il 31 gennaio di ciascun anno redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della Performance. Il POLA deve individuare le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, parimenti, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 settembre 2021 “Disposizioni in materia di

modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni.

Il successivo Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica dell'8 ottobre 2021, il quale detta le modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, prescritto dal DPCM del 23 settembre 2021 su citato e rimodula i requisiti per l'applicazione del lavoro agile.

La circolare 5 gennaio 2022, a firma congiunta dei Ministri per la pubblica amministrazione e del lavoro e delle politiche sociali, contenente ulteriori indicazioni operative sulle modalità di svolgimento del lavoro agile.

Lo Schema di Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni.

Le norme esposte e illustrate nella premessa, introducono nel nostro ordinamento una modalità innovativa di organizzazione del lavoro, caratterizzata da:

- a) flessibilità della prestazione in termini di luogo dell'effettuazione: la prestazione lavorativa è eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda e in parte all'esterno;
- b) flessibilità dell'orario di lavoro: la prestazione lavorativa è eseguita entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivante dalla norma e della contrattazione collettiva.

#### ➤ **FASE EMERGENZIALE**

L'emergenza epidemiologica da Covid-19 ha impresso un'accelerazione alla sperimentazione del lavoro agile diventato "modalità ordinaria" di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, ai sensi dell'art. 87 del Decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, convertito, con modificazioni, in legge 24 aprile 2020, n. 27.

Il lavoro agile adottato durante la prima fase emergenziale ha avuto caratteristiche e peculiarità differenziate rispetto a quello ordinario, disciplinato dalla legge 81/2017. In particolare, la nuova disciplina ha stabilito modalità applicative semplificate, come ad esempio l'assenza di accordo tra le parti e l'assolvimento in via telematica massiva degli obblighi di informativa.

Successivamente, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di cambiamento delle ordinarie modalità di lavoro, è subentrato il Decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (cd: "Decreto Rilancio") convertito, convertito con modificazioni nella legge n. 77 del 17 luglio 2020, con la finalità di adeguare le misure di limitazione delle presenze del personale delle pubbliche amministrazioni sul luogo di lavoro alle esigenze della progressiva completa riapertura di tutti gli

Uffici pubblici e al graduale riavvio delle attività.

L'analisi dell'applicazione dell'istituto del lavoro agile nella nostra Azienda nella fase emergenziale è riferita alle Macrostrutture dell'ex ATS Sardegna confluite, a decorrere dal 01.01.2022, nella costituenda nuova Azienda Regionale della Salute .

L'andamento di utilizzo del lavoro agile è stato periodicamente monitorato e, di seguito, si riporta un prospetto e una rappresentazione grafica dei dati concernenti il personale impegnato in detta modalità di attività negli anni 2020-2021.

	2020		2020 Totale	2021		2021 Totale
CCNL	F	M		F	M	
Comparto	71	27	98	43	18	61
Dirig.Medico/Veterinaria	17	23	40	7	4	11
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica		2	2		2	2
Dirig.Sanitaria non medica	5	1	6	2	1	3
<b>Totale complessivo</b>	<b>93</b>	<b>53</b>	<b>146</b>	<b>52</b>	<b>25</b>	<b>77</b>

Personale che ha svolto la prestazione lavorativa in modalità agile anni 2020-2021 diviso per genere

Nel 2020 il personale in lavoro agile c.d. ordinario era di 146 unità (53 uomini e 93 donne). Al 31 dicembre 2021, invece, hanno svolto l'attività lavorativa in modalità agile 77 unità (25 uomini e 52 donne).

Per avere un dato completo, è necessario prendere in esame anche le strutture coinvolte e le attività interessate.

La tabella evidenzia il totale dei dipendenti per ogni Struttura generale e la relativa ripartizione per genere e Area contrattuale di appartenenza.

		ANNO 2020		Totale	ANNO 2021		Totale
CDC	CCNL	F	M		F	M	
ANAGRAFE CANINA E RANDAGISMO SASSARI	Comparto	1		1	1		1
AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE SASSARI	Dirig.Sanitaria non medica	1		1			
CENTRO COMUNE - ASSIST. INTEGR. - DISTR. SASSARI	Comparto	2		2	2		2
	Dirig.Medico/Veterinaria	1		1			
CENTRO COMUNE - CONSULTORIO - DISTR. SASSARI	Comparto	5		5	1		1
	Dirig.Sanitaria non medica	2	1	3	2		2
CENTRO COMUNE - DIR. DISTR. SASSARI	Comparto	1		1	1		1
	Dirig.Medico/Veterinaria		1	1			
CENTRO COMUNE - DISTR. ALGHERO	Comparto	2		2			
CENTRO COMUNE - POLIAMB. ALGHERO	Comparto	1		1	1		1
		ANNO 2020		TOTALE	ANNO 2021		TOTALE
CDC	CCNL	F	M		F	CDC	CCNL

<b>CENTRO COMUNE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE NORD - SASSARI</b>	Comparto	3	2	5	3	1	4
	Dirig.Medico/Veterinaria				1		1
<b>CENTRO COMUNE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE NORD - SASSARI</b>	Comparto				1		1
	Dirig.Medico/Veterinaria	1		1			
<b>CENTRO DI RIAB. SGB - DISTR. SASSARI</b>	Dirig.Sanitaria non medica	1		1			
<b>CURE PALLIATIVE - ADI - DISTR. ALGHERO</b>	Comparto	1		1			
<b>FISICA SANITARIA AZIENDALE SASSARI</b>	Comparto	1		1	1		1
	Dirig.Sanitaria non medica					1	1
<b>GOVERNO PRESTAZIONI AMBULATORIALI E GESTIONI LISTE DI ATTESA SASSARI</b>	Comparto	4		4	4		4
<b>IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE (SIAPZ) - SASSARI</b>	Comparto	1		1	1		1
<b>IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (SIAOA) - SASSARI</b>	Dirig.Medico/Veterinaria	1		1			
<b>IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN) - SASSARI - VALORI COMUNI</b>	Comparto				1		1
<b>IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP) - RIZZEDDU - SASSARI</b>	Comparto	1		1			
<b>LABORATORIO DI ANALISI AHO</b>	Dirig.Sanitaria non medica	1		1			
<b>MEDICINA LEGALE - SASSARI</b>	Comparto	2	1	3			
<b>MEDICINA PENITENZIARIA - CENTRO GIUSTIZIA MINORILE - SASSARI</b>	Comparto	1		1			
<b>NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - SASSARI &amp;#8211; VIA ORIANI E SAN CAMILLO</b>	Comparto	16		16			
	Dirig.Medico/Veterinaria	2		2			
<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CENTRO COMUNE - P.O. CIVILE OZIERI</b>	Comparto	1		1			
<b>PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO ASSL SASSARI</b>	Comparto		1	1	1	1	2
	Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica		1	1		1	1
<b>PRONTO SOCCORSO - P.O. CIVILE ALGHERO</b>	Comparto				1		1
<b>REPARTO COVID 19 - P.O. MARINO ALGHERO</b>	Comparto		1	1			
<b>SALUTE E AMBIENTE - SASSARI</b>	Comparto	1	1	2	1		1
	Dirig.Medico/Veterinaria	1		1	1		1
<b>SANITÀ ANIMALE (SA) - ALGHERO</b>	Dirig.Medico/Veterinaria	1	4	5		2	2
<b>SANITÀ ANIMALE (SA) - OLBIA</b>	Dirig.Medico/Veterinaria	1		1			
<b>SANITÀ ANIMALE (SA) - OZIERI</b>	Comparto		2	2		1	1
	Dirig.Medico/Veterinaria	2	7	9	1	1	2
<b>SANITÀ ANIMALE (SA) &amp;#8211; SASSARI</b>	Comparto	1	1	2	1	1	2
	Dirig.Medico/Veterinaria	5	11	16	2	1	3
<b>SC SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (SPP) - SASSARI</b>	Comparto	1	3	4	1	2	3
<b>SERVIZIO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE SASSARI</b>	Comparto	1	1	2	1	1	2
<b>SERVIZIO GIURIDICO AMMINISTRATIVO ASSL SASSARI</b>	Comparto	14	10	24	13	7	20
	Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica		1	1		1	1
<b>SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL) - SASSARI</b>	Comparto	1		1			
<b>SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL) - SASSARI</b>	Comparto	9	4	13	7	4	11
	Dirig.Medico/Veterinaria	2		2	2		2
<b>Totale complessivo</b>		<b>93</b>	<b>53</b>	<b>146</b>	<b>52</b>	<b>25</b>	<b>77</b>

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, nelle Amministrazioni pubbliche, il lavoro agile cessa la sua qualificazione di modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa che ritorna a essere quella svolta in presenza, a decorrere dal 15 ottobre 2021, per consentire il massimo supporto alla ripresa delle attività produttive.

Successivamente, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 ottobre 2021 ha individuato le modalità organizzative per il rientro in presenza del personale in servizio nelle pubbliche amministrazioni. Infine, in considerazione del rischio sanitario relazionato al protrarsi della diffusione pandemica da COVID-19 è stata disposta un'ulteriore proroga dello stato di emergenza sino al 31 marzo 2022 e con Circolare 5 gennaio 2022, a firma congiunta dei Ministri per la pubblica amministrazione e del lavoro e delle politiche sociali, sono state fornite ulteriori indicazioni operative sulle modalità di svolgimento del lavoro agile. L'innovazione apportata dal lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni è monitorata e supportata dall'Osservatorio Nazionale del Lavoro Agile, istituito con l'art. 263 del Decreto legge n. 34 del 2020.

➤ **Condizionalità del lavoro agile:**

Attività espletabili in modalità agile

I requisiti perché l'attività lavorativa possa essere eseguita in modalità di lavoro agile sono i seguenti:

attività che possono essere svolte in autonomia dal personale interessato;

attività per le quali è possibile fissare obiettivi, generali o specifici, che possono essere monitorati;

attività che possono essere delocalizzate, almeno in parte per il lavoro agile, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;

attività che possono essere svolte adeguatamente con il supporto delle strumentazioni tecnologiche;

le comunicazioni inerenti alla prestazione lavorativa di pertinenza, sia con interlocutori interni sia esterni, possono aver luogo con la medesima efficacia mediante il supporto delle strumentazioni tecnologiche;

i risultati conseguiti (sia in termini qualitativi che quantitativi) possono essere monitorati e valutati in maniera accurata per l'attività condotta al di fuori della sede di lavoro.

In attuazione del Piano sperimentale del lavoro agile si è proceduto a una mappatura delle linee di attività delle Strutture coinvolte, con metodologia deduttiva, basata sul funzionigramma aziendale.

Dalla mappatura è emerso che la maggior parte delle attività di natura amministrativa può essere svolta in modalità agile. In particolare si tratta di attività comuni a molte Strutture come ad esempio:

- attività di protocollazione atti in entrata e uscita;
- attività di trasmissione documenti in uscita (a mezzo PEC o per mezzo di posta ordinaria);
- attività di archiviazione elettronica di documenti e atti;

- attività di analisi, studio e ricerca;
- attività di modellazione dei dati e reportistica;
- gestione progetti ICT;
- attività di supporto allo sviluppo e all'utilizzo dei sistemi informatici
- attività di monitoraggio dati e documenti, pertinenti con le competenze delle strutture;
- redazione di atti giuridico - amministrativi;
- provvedimenti amministrativi, pareri, atti normativi e circolari, memorie difensive, verbali, procedure operative standard e revisioni delle stesse;
- attività di validazione delle domande presentate per i procedimenti ad iniziativa di parte;
- attività di valutazione della documentazione presentata a corredo dei procedimenti a iniziativa d'ufficio e a iniziativa di parte;
- attività di rassegna stampa e aggiornamento sito istituzionale;
- attività d'informazione sui farmaci agli operatori sanitari;
- attività di formazione al personale;
- attività di notifica telematica di provvedimenti amministrativi autorizzativi;
- attività di gestione giuridica ed economica del personale;
- organizzazione e gestione delle procedure concorsuali e di altre procedure di assunzione;
- trattamento pensionistico;
- attività in materia di gestione del bilancio economico e finanziario;
- adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza e pubblicità;
- gestione flussi informativi: sistema documentale, posta elettronica, protocollazione di atti anche cartacei;
- attività in materia di economato, contrattualistica, approvvigionamento beni e servizi, ottimizzazione spazi allocativi
- attività di gestione gare e contratti;
- attività in materia di anticorruzione e trasparenza;
- attività correlate al Ciclo della Performance;
- attività di supporto per la pianificazione strategica, l'elaborazione degli obiettivi e il controllo di gestione (contabilità finanziaria ed economico gestionale);
- gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale.

➤ **Modalità attuative:**

Nella redazione del presente documento si è tenuto conto delle Linee guida emanate dal Dipartimento



Il Piano nell'arco di un triennio 2022 – 2024, è un documento dinamico, da aggiornare annualmente, con obiettivi e indicatori misurabili, con l'intendimento di attuare un'azione di revisione complessiva della disciplina del lavoro pubblico per quanto concerne il profilo organizzativo, introducendo modelli di lavoro non più basati esclusivamente sulla presenza fisica negli uffici.

➤ **Gli obiettivi del lavoro agile:**

L'Amministrazione, a seguito dell'esperienza maturata durante l'emergenza sanitaria, ha fissato, in materia di lavoro agile per il triennio di riferimento, i seguenti obiettivi principali:

favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e accrescere il benessere organizzativo;

promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, in un'ottica d'incremento della produttività;

garantire la non discriminazione e le pari opportunità tra uomo e donna nell'accesso allo smart working;

aumento della produttività e qualità del lavoro;

acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza;

riduzione delle assenze dal servizio;

maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi aziendali e personali, maggiore flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso l'uso equilibrato delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione;

maggior benessere organizzativo;

diffusione di una cultura organizzativa basata sulla collaborazione finalizzata al raggiungimento dei risultati;

promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;

impulso alla diffusione e utilizzo delle tecnologie digitali;

realizzare economie di gestione attraverso l'impiego flessibile delle risorse umane e la razionalizzazione degli spazi e delle risorse strumentali;

digitalizzazione dei processi chiave e dematerializzazione documentale estesa;

Favorire la mobilità sostenibile tramite riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, anche nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e percorrenza.

Il lavoro agile deve intendersi come uno strumento che mira all'incremento della produttività.

Ne deriva una stretta correlazione alla "performance organizzativa" e alla "performance individuale", così come definite dal SMVP (Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance)

E' quindi necessario selezionare anche appositi set d'indicatori atti a misurare la performance nelle sue diverse dimensioni: performance organizzativa e performance individuale.

Secondo le indicazioni delle Linee Guida, l'analisi è condotta in relazione ai quattro fattori sotto riportati e agli obiettivi e/o correlati indicatori che costituiscono le condizioni abilitanti del lavoro agile, da sottoporre a monitoraggio periodico:

salute organizzativa

salute professionale

salute digitale

salute economico finanziaria

Rispetto alle condizioni abilitanti il lavoro agile, si riporta di seguito (vedi allegato file .excel) la rilevazioni degli indicatori selezionati per procedere alla verifica del programma di sviluppo sperimentale del lavoro agile nel triennio 2022-2024 volti a misurare lo stato d'implementazione, i contributi alla performance organizzativa e i risultati attesi, attraverso tre fasi: fase di avvio (anno 2022), fase di sviluppo intermedio (anno 2023), fase di sviluppo avanzato (anno 2024), riguardo alla salute organizzativa, alla salute professionale, salute digitale e salute economico finanziaria.

Per quanto riguarda la performance individuale, le componenti restano quelle già identificate dal SMVP.

Nell'anno 2022 l'azienda ha dato avvio alla fase di sperimentazione del lavoro agile ordinario, adottando la circolare dispositiva dell'ex ATS Sardegna PG/2021/0358059 del 03.11.2021.

La disposizione organizzativa ha delineato i tratti distintivi della modalità di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza nonché le misure organizzative, nel rispetto delle norme e dei principi in tema di sicurezza sul luogo di lavoro, tutela della riservatezza dei dati e verifica dell'adempimento della prestazione lavorativa. Inoltre, il medesimo atto organizzativo ha previsto la soglia del 15 per cento del personale in modalità flessibile per l'anno 2022 che con il presente atto si conferma.

➤ **FATTORI ABILITANTI:**

➤ **Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile**

Il lavoro agile s'incardina nell'ambito del rapporto di lavoro subordinato, come alternanza di attività svolta in parte all'interno e in parte fuori la sede dell'Azienda.

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 settembre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Amministrazioni pubbliche, a decorrere dal 15.10.2021, è quella svolta in presenza. Il successivo Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica dell'8 ottobre 2021, rimodula i requisiti per l'applicazione del

lavoro agile.

In attesa della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi allo smart working, lo svolgimento della prestazione in modalità agile è subordinata a otto specifiche condizioni:

non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;

è necessaria un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, “dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza rispetto a quella da remoto”;

è necessaria una piattaforma digitale o un cloud o comunque strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni;

occorre la predisposizione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;

per il personale, la dotazione di apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;

definizione dell'accordo individuale di lavoro agile: (art.18 comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81)

per dirigenti e responsabili dei procedimenti amministrativi garantire il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa;

qualora le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza.

Nell'accordo individuale sono riportati:

agli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;

le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità;

le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento dell'attività lavorativa in smart working.

Per i “Lavoratori fragili” è stata prorogata al 31 marzo 2022 la possibilità di svolgere la propria prestazione lavorativa in smart working. Pertanto, il lavoratore fragile ha la possibilità di effettuare la prestazione lavorativa in smart working, anche attraverso l'adibizione a diversa mansione, purché riconducibile alla medesima categoria o area d'inquadramento, come definite dai contratti collettivi vigenti, o attraverso lo svolgimento di attività formative anche da remoto.

Sono considerati fragili i lavoratori che rientrano in una delle categorie previste dal Decreto interministeriale 4 febbraio 2022 (G. U. n. 35 dell'11/02/2022, emanato dal Ministero della Salute, “Individuazione delle patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravità, ai sensi del comma 2 dell'articolo 17, del Decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221”), con elencazione di tutte le condizioni patologiche relate allo status di “lavoratore fragile”.

L'attivazione del lavoro agile ha carattere volontario e, pertanto, è concesso secondo quanto previsto nella disciplina richiamata, a richiesta del dipendente interessato.

Compatibilmente con l'organizzazione dei servizi e del lavoro, secondo criteri di priorità di seguito definita, la prestazione lavorativa in modalità agile è applicata al 15% del personale impiegato nelle attività che possono essere svolte secondo tale prassi (dal calcolo percentuale sono esclusi, in questa prima fase, i lavoratori fragili).

E' potenzialmente legittimato a presentare domanda il personale dipendente in servizio presso l'ASL 1 di Sassari sia del Comparto sia della Dirigenza, con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato, a tempo pieno o parziale, nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna.

In caso di superamento della predetta percentuale di accesso, è riconosciuta priorità, nell'ordine:

- ai dipendenti affetti da patologie tali da esporli a un maggiore rischio di contagio (trapiantati, immunodepressi, etc.) e/o in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al Decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, ovvero dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (comma 3 bis dell'art. 18 della Legge 81/2017);
- alle donne in stato di gravidanza;
- ai dipendenti con esigenze di cura nei confronti di figli minori di 14 anni;
- per disagi correlati a maggiore tempo di percorrenza per raggiungere la sede di lavoro.

➤ **Domanda di accesso al lavoro agile**

La domanda di accesso lavoro agile è il documento alla base della richiesta di attivazione di detta modalità lavorativa e dovrà riportare:

- le informazioni identificative del dipendente e della struttura di appartenenza;
- la descrizione delle attività che saranno svolte in modalità agile, così come concordate con il Direttore/ Responsabile della Struttura;
- Le giornate settimanali/mensili di smart-working;
- le fasce orarie di contattabilità;
- la strumentazione tecnologica necessaria per espletamento dell'attività e relativo software;

- luogo di prestazione del lavoro agile.
- Il dipendente è tenuto a rendicontare al proprio Direttore/responsabile l'attività svolta in regime di lavoro agile e i risultati raggiunti con cadenza periodica (su base settimanale o quindicinale o mensile).

➤ **Accordo Individuale**

L'attivazione del lavoro agile è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale tra il dipendente e l'Azienda - nella persona del Direttore/Responsabile della Struttura di assegnazione.

L'accordo stipulato per iscritto disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali. La domanda costituisce parte integrante e sostanziale dell'accordo.

Il dipendente presenta la richiesta al proprio Direttore/Responsabile nella quale sono già presenti, in modo puntuale, alcuni elementi fondamentali dell'accordo individuale.

Inoltre sono definiti:

- gli obiettivi da raggiungere;
- gli indicatori di verifica quantitativi e qualitativi e le modalità di valutazione;
- La tempistica prevista per il raggiungimento dell'obiettivo (settimanale/mensile/ annuale);
- la durata del progetto;
- le forme di esercizio del potere direttivo del dirigente di riferimento;
- gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati;
- modalità di recesso (termine non inferiore a 30 giorni, salve le ipotesi ex art. 19 L. 81/2017 ovvero 90 giorni per i lavoratori disabili).

Gli indicatori rappresentano l'unità di misura degli obiettivi scelti. L'inserimento nella domanda di tutte le attività che s'intendono svolgere in lavoro agile nelle giornate concordate con il Direttore/Responsabile, rapportate ai relativi obiettivi e indicatori, permetterà di verificare il lavoro svolto da remoto, all'interno dell'arco temporale previsto.

Ogni Direttore/Responsabile deve operare un monitoraggio costante, verificando il raggiungimento degli obiettivi fissati e l'efficienza dell'azione amministrativa nei risultati attesi.

➤ **Luoghi di lavoro**

L'individuazione di uno o più luoghi prevalenti può essere dettata da esigenze connesse alla prestazione lavorativa o dalla necessità di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

➤ **Orario di lavoro e disconnessione**

Il personale autorizzato alla modalità "lavoro agile" può svolgere la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, ordinariamente da un minimo di quattro a un massimo di otto giornate al mese, da concordare con il Direttore/Responsabile di struttura.

L'attuazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al dipendente, il quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del lavoro agile nel rispetto, comunque, dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione

➤ **Dotazione Tecnologica**

L'Amministrazione fornisce al dipendente idonea dotazione tecnologica in base alla specifica attività da svolgere e ne garantisce la conformità alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza.

Per accedere alle applicazioni potrà essere utilizzata esclusivamente la connessione Internet fornita dall'Azienda. L'amministrazione consentirà la raggiungibilità delle proprie applicazioni da remoto (Cloud o, in alternativa, VPN o accessi in desktop remoto ai server); in nessun caso può essere utilizzata un'utenza personale o domestica del dipendente per le ordinarie attività di servizio.

➤ **Riservatezza, privacy e security**

Il dipendente deve custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Amministrazione, utilizzati nello svolgimento della prestazione lavorativa; il dipendente è tenuto inoltre al rispetto delle previsioni del Regolamento UE n. 679/2016 e del D. lgs. n. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali,

E' chiamato a tenere una condotta particolarmente diligente a tutela dei dati trattati

➤ **Formazione, comunicazione e supporto**

Per i dipendenti in lavoro agile nonché per la Dirigenza è prevista specifica formazione. La partecipazione agli interventi di formazione predisposti dall'Amministrazione per i lavoratori agili è obbligatoria.

Per la dirigenza dovranno essere definiti percorsi formativi con l'obiettivo comprendere meglio i punti di forza e le criticità del lavoro agile, con particolare attenzione al lavoro per obiettivi, alla valutazione dei lavoratori agili. Significativo rilievo sarà dato anche al miglioramento alla capacità di gestione e sviluppo delle risorse umane finalizzata a un miglioramento generale dell'efficienza e del clima organizzativo.

I percorsi formativi rivolti al comparto avranno l'obiettivo di fornire ulteriori linee guida per la gestione delle attività svolte in lavoro agile, oltre che focalizzare aspetti afferenti all'organizzazione del lavoro per obiettivi/risultati, alle modalità di interazione e collaborazione attraverso strumenti digitali.

Questi temi saranno oggetto di azioni formative coordinate realizzate con il ricorso a diversi strumenti e metodologie di erogazione quali ad esempio la formazione in FAD.

➤ **Potere direttivo, di controllo e disciplinare**

La modalità di lavoro in smart working non modifica il potere direttivo e di controllo del proprio Direttore/Responsabile, che sarà esercitato analogamente a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta in conformità a quanto previsto dai CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento aziendale

➤ **Sicurezza sul lavoro**

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori di cui al D.Lgs. n. 81/08 e s. m.i. e dell'articolo 22 della legge 22 maggio 2017, n. 81.

Riguardo alla sicurezza sul lavoro l'Amministrazione:

garantisce la conformità alla normativa di sicurezza degli strumenti tecnologici assegnati;

consegna annualmente al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, e, comunque, prima dell'avvio dell'attività, un'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione (art. 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017 n. 81).

Il dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi.

Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017, il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa – luogo di lavoro agile - nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni.

### 3.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale.

#### *Rinvio della predisposizione del P.T.F.P. all'approvazione del Bilancio Economico Previsionale 2022/2024*

L'attuale consistenza delle risorse umane in corso di formalizzazione di questa ASL al 01.01.2022 può essere così delineata:

Descrizione TipoDipendente	Descrizione Ruolo	DIP. Salute Mentale	DIP. Prevenzione	DIREZIONE	DISTRETTI	POU	SERV.A MM.VI	Totale complessivo
Comparto	RUOLO AMMINISTRATIVO	4	27	1	27	10	69	138
Comparto	RUOLO SANITARIO	103	121	20	368	567	4	1183
Comparto	RUOLO TECNICO	23	41	3	89	175	25	356
Dir. delle Profess. Sanitarie	RUOLO SANITARIO		1	1				2
Dirig.Medico/Veterinaria	RUOLO SANITARIO	53	112	2	108	206		481
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	RUOLO AMMINISTRATIVO				1		3	4
Dirig.Sanitaria non medica	RUOLO SANITARIO	17	3	1	12	11		44
Religioso	RUOLO RELIGIOSO					1		1
PERSONALE IN CONVENZIONE LEGGE N°3/2008	RUOLO AMMINISTRATIVO		3			1		4
<b>Totale complessivo</b>		200	308	28	605	971	101	2213

E' chiaro che la consistenza delle risorse umane attualmente attribuite alla ASL di Sassari risulta sottodimensionata rispetto alle necessità ed esigenze che deriveranno dall'organizzazione, non ancora delineata con l'Atto aziendale, per cui sarà compito dell'Assessorato definire le necessarie intese anche con ARES Sardegna per il passaggio di parte del personale alle ASL per consentire la concreta operatività delle stesse.

In questa fase parlare di programmazione strategica delle risorse umane e, quindi, del piano triennale del fabbisogno, sembra per lo meno prematuro, così come pensare a delineare una programmazione complessivamente intesa finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. Il principale obiettivo che è possibile conseguire nella fase attuale è rendere operativa la tecno struttura aziendale a seguito della prossima approvazione dell'Atto aziendale e definire con maggiore precisione i rapporti con i servizi centrali di ARES Sardegna per condividere il percorso che porta alla piena operatività aziendale .

Soltanto attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che servono all'amministrazione si potrà ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si potranno perseguire al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività.



La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prodotti, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, non sarà possibile se non a seguito della realizzazione della tecnica struttura amministrativa e quindi dell'approvazione dell'Atto Aziendale che permetterà di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche. In relazione, è dunque opportuno che le amministrazioni valutino le proprie azioni sulla base dei seguenti fattori:

Considerata la situazione ancora in fase embrionale dell'attivazione dell'Azienda e viste le indicazioni regionali ancora provvisorie anche in termini di risorse economiche messe a disposizione per l'approvazione del Bilancio Economico Previsionale per l'anno in corso e triennale 2022/2024, si rimanda per l'approvazione del Piano Triennale del Fabbisogno del personale 2022/2024 allo specifico documento in corso di predisposizione e approvazione, allegato obbligatorio al B.E.P. 2022/2024, la cui approvazione è in corso di formalizzazione sulla base delle indicazioni Regionali.

## □ **FORMAZIONE DEL PERSONALE**

### **PREMESSA**

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) rappresenta uno strumento organico e articolato, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici della programmazione e delle emergenze sanitarie. Nell'attuale fase di evoluzione dell'Azienda verso un'organizzazione evoluta che non può prescindere anche dalla costituzione di una specifica struttura che si debba occupare dell'aggiornamento e formazione del personale dipendente, il Piano formativo è ancora derivazione dell'attività posta in essere dall'ATS (Azienda per la Tutela della Salute) che sino al 2021 gestiva complessivamente l'organizzazione sanitaria in Sardegna a fronte della precedente riforma del SSR. Pertanto in questa fase ed in attesa di una futura implementazione organizzativa aziendale in termini di gestione complessiva delle risorse umane il piano formativo per l'anno 2022 si desume da quello approvato dall'ATS con la deliberazione n°963 del 21.12.2021, con espresso riferimento alle iniziative didattiche e formative previste per la ASL n°1 di Sassari.

La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze, volto al miglioramento continuo della organizzazione, all'umanizzazione dei servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale, alla realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale. Tutta l'attività formativa proposta per il 2022 rispetta i criteri previsti dal modello regionale di accreditamento dei provider della Sardegna, così come definito dalla D.G.R. 4/14 del

5.2.2014 e dalla D.G.R. 31/15 del 19.6.2018

La formazione contribuisce in modo determinante alla diffusione della cultura della tutela della salute e ad assicurare un'offerta di servizi sanitari efficaci ed appropriati.

La legge regionale di riforma sanitaria n. 24 del 11 settembre 2020 colloca la formazione nella costituenda ARES e nella ASL sarà indispensabile prevedere una struttura di raccordo operativo.

La SC Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo ex ATS, nella predisposizione del Piano Formativo 2022, ha considerato la nuova riorganizzazione Aziendale, che sarà definita dagli indirizzi regionali di prossima emanazione, prevedendo fin da ora anche specifiche iniziative di formazione nei seguenti ambiti:

- Riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale
- Programma di riqualificazione e certificazione di competenze del sistema dell'Emergenza-Urgenza della Regione Sardegna;
- Gestione del rischio clinico e sicurezza sul lavoro
- Utilizzo della Simulazione e sviluppo delle Non Technical Skills;
- Formazione all'utilizzo della Biblioteca Scientifica Regionale presso la piattaforma digitale di Sardegna Ricerche e relativa diffusione dello strumento tra gli operatori sanitari.

## **PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2022**

### ➤ **Rilevazione dei bisogni formativi**

In generale il fabbisogno formativo per il 2022 è stato definito attraverso:

- La richiesta ai direttori di struttura, inviata il 6/10/2021 in regime ATS, di proposte di eventi formativi necessari per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze tecnico-professionali e relazionali della propria unità operativa
- L'analisi dei documenti di programmazione nazionali, regionali e aziendali
- L'integrazione con i corsi di formazione a distanza asincroni a seguito dell'attivazione della
- Piattaforma FAD aziendale
- L'utilizzo delle 10 licenze per la formazione a distanza sincrona

Il PFA 2022 espressamente riferito a questa Azienda costituisce l'offerta formativa annuale della ASL di Sassari ed è il risultato:

- degli indirizzi dati dalla Regione Autonoma della Sardegna
- degli indirizzi della Direzione Aziendale ex ATS (Formazione Generale)
- dei fabbisogni formativi espressi dalle ex Direzioni di Area, dai Dipartimenti, dai Distretti e dalle Unità Operative (Formazione specifica)

Gli obiettivi, le metodologie e le finalità del PFA devono tendere a garantire la coerenza con:

- gli obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali;
- le scelte strategiche aziendali;
- l'analisi del fabbisogno formativo espresso dalle articolazioni aziendali;
- le competenze scientifiche delle varie professionalità;
- il miglioramento qualitativo degli eventi formativi.

La realizzazione dei punti sopra citati, implica il raggiungimento di obiettivi di sistema, di processo e tecnico professionali.

All'interno del Piano della Formazione assumono particolare rilievo tre tipologie di obiettivi formativi:

1. quelli finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività nella disciplina di appartenenza (obiettivi formativi tecnico-professionali);
2. quelli 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. Questi obiettivi si rivolgono dunque ad operatori e gruppi di lavoro che intervengono in un determinato segmento di produzione (obiettivi formativi di processo);
3. quelli finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza del sistema sanitario. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali (obiettivi formativi di sistema).

Gli obiettivi formativi di rilievo nazionale sono definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e sono riconducibili alle attività sanitarie e sociosanitarie collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza. Detti obiettivi, nel tener conto dei programmi per la salute definiti dal Piano Sanitario Nazionale, oltre a promuovere le condizioni generali di salute della popolazione di riferimento, vanno altresì riferiti alla necessità di promuovere e mantenere nel tempo quelle conoscenze e quelle competenze indispensabili per il miglioramento degli standard di efficacia, appropriatezza, sicurezza e qualità dei servizi resi ai cittadini.

#### ➤ **Il Programma formativo della ASL di Sassari per l'anno 2022**

L'Azienda programma attività formative che garantiscano pari opportunità a tutti i dipendenti, che siano sostenibili nei costi e di dimostrata efficacia.

Le aree della formazione che si è inteso sviluppare per l'anno 2022 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

Si ritiene prioritario, per la sua valenza strategica e per il raggiungimento di validi obiettivi di salute dei cittadini, la prosecuzione di percorsi formativi legati alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, al rischio clinico, all'emergenza urgenza, alla sicurezza sul lavoro, al possesso dei requisiti organizzativi richiesti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie aziendali e alla realizzazione/gestione di procedure operative aziendali e di servizio.

In collaborazione con il livello strategico aziendale e con le articolazioni organizzative aziendali, sono state scelte le metodologie didattiche che si sono dimostrate efficaci sia in riferimento all'esperienza acquisita negli anni precedenti ed ai risultati ottenuti, sia rispetto ai dati della bibliografia scientifica.

A tal fine sono state ritenute appropriate le seguenti tipologie formative che vengono considerate di notevole importanza nel percorso di crescita sia dei singoli professionisti che dell'organizzazione aziendale:

A. La formazione residenziale interattiva e in videoconferenza sincrona (RES): perché attribuisce ai partecipanti un ruolo attivo e permette un elevato livello di interazione tra loro e i docenti, soprattutto con il ricorso ad appropriate metodologie didattiche quali "lavori di gruppo", "esercitazioni", "role playing", "simulazioni", etc.

B. La formazione sul campo (FSC), in particolare con l'utilizzo di Gruppi di lavoro/studio/miglioramento perché l'apprendimento avviene attraverso l'interazione di un gruppo di pari, favorisce il processo di miglioramento, contribuisce all'integrazione interprofessionale e interdisciplinare ed è fondamentale per favorire/rafforzare il "lavoro di squadra" e il senso di appartenenza alla unità organizzativa.

C. La Formazione a distanza (FAD) asincrona sulla piattaforma aziendale. La FAD essendo svincolata dal tempo, dallo spazio e dai luoghi di fruizione dell'apprendimento superando i limiti posti dalla presenza dei discenti in un luogo fisico come l'aula tradizionale, riduce i costi complessivi dell'intervento didattico, razionalizza l'intervento del docente con la possibilità di distribuire on-line varie tipologie di documenti e materiali audiovisivi anche interattivi, permette un ampliamento della platea dei destinatari della formazione.

Queste tipologie formative e le metodologie didattiche che le accompagnano si ritengono indispensabili per azioni di diffusione ed implementazione di linee guida, procedure o protocolli,

audit clinici ed organizzativi, attività di analisi e revisioni sistematiche dei processi assistenziali, soprattutto in un'organizzazione orientata al Miglioramento continuo della qualità.

Nel 2022, compatibilmente con l'evoluzione e implementazione organizzativa dell'Azienda ed in raccordo operativo con la Struttura SC Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo di ARES, la gran parte dell'attività formativa sarà realizzata in house con la collaborazione anche di strutture esterne avanzate nel campo della simulazione e delle non technical skills, e si svilupperà attraverso corsi residenziali interattivi e corsi di formazione sul campo. Sul piano dei contenuti vengono previsti nel PFA 2022, accanto alla formazione su specifiche discipline e campi professionali specialistici, anche percorsi di apprendimento condivisi di tipo interdisciplinare ed interprofessionale, che possano apportare significativi benefici sul piano della gestione della complessità organizzativa e in riferimento a tutte quelle innovazioni operative, che dovranno sostenere efficacemente il governo clinico dei processi di salute, particolarmente importanti in questa fase di riorganizzazione della tutela della salute in Sardegna.

La descrizione analitica degli eventi formativi che costituiscono il Piano aziendale è riportata nelle due tabelle allegate in termini di **eventi di Formazione Generale (ALL. A)**, attivati dalle strutture ARES e validi anche per le Unità Operative della ASL di Sassari, e di **eventi di Formazione Specifica ALL: B)**, attivati da strutture ASL e validi per le Unità Operative di questa ASL.

### **Monitoraggio e verifica**

La politica della Qualità include indirizzi generali, strategie e linee di azione che sono adottate per la conduzione e il controllo delle attività di formazione continua.

La definizione di obiettivi dichiarati nel Piano di formazione è comunicata a tutti i livelli aziendali in una ottica di trasparenza e di collaborazione.

I criteri e gli obiettivi formativi sono definiti nel Piano di formazione aziendale (PFA) e il Provider opera perché tutti gli obiettivi, quantificabili e misurabili, siano raggiunti e comunicati formalmente agli utenti.

### **MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ: INDICATORI**

Il Provider gestisce la Qualità degli eventi ECM definendo:

- ☐ Gli indirizzi, le strategie e gli obiettivi
- ☐ L'organizzazione del lavoro, i processi, le attività, le responsabilità e le modalità di svolgimento delle attività

Il Sistema di Valutazione della Qualità si caratterizza per:

- ☐ L'approccio basato sui processi

- ☐ L'approccio sistemico alla gestione e al governo dei processi
- ☐ L'orientamento verso i bisogni dei professionisti della sanità con il loro coinvolgimento nei processi
- ☐ La costante attenzione al miglioramento continuo
  - le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale;
  - le risorse interne ed esterne disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative;
  - le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio e di conciliazione);
  - gli obiettivi e i risultati attesi (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale, inteso come strumento di sviluppo.

#### **SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti, ed in particolare di:

1. Valore Pubblico di ASL Sassari – Responsabile Programmazione e Controllo di Gestione
2. Performance – Responsabile Programmazione e Controllo di Gestione
3. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT
4. Lavoro Agile – Responsabile dell'Ufficio Personale in raccordo con ARES Sardegna
5. Piano Triennale dei Fabbisogni – Responsabile dell'Ufficio Personale in raccordo con ARES Sardegna

avverrà con gli strumenti e le modalità descritti in ciascuna sezione, cui si rinvia, e con apposito provvedimento da adottarsi entro il 30.09.2022, in linea con le scadenze previste dal D.Lgs. 150/2009, al fine di intervenire con gli eventuali correttivi che si dovessero rendere necessari per ciascuno degli ambiti sopra riportati.

#### **ALLEGATI AL P.I.A.O. 2022/2024:**

##### **2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

- 1. CATALOGO PROCEDIMENTI asl 2022**
- 2. TABELLA RISCHI E MISURE 2022/2024**
- 3. OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE 2022/2024**

**4. NORMATIVA DI RIFERIMENTO****5. MISURAZIONE DEL RISCHIO**

<b>PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2022</b>
---------------------------------------

**ALL. A Eventi di Formazione Generale****ALL. B Eventi di Formazione Specifica**